



Analýza logopedické péče jedince s kombinovaným postižením

Analyse logopaedics' solicitude along combined handicap

autorka DP:	Kateřina Saláková (Náglová)
	Koněvova 2442/150, Praha 3
	KaterinaSalakova@seznam.cz
vedoucí diplomové práce:	PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D.
ročník:	5.
obor studia:	Speciální pedagogika – učitelství
typ studia:	prezenční
měsíc a rok dokončení DP:	duben 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Místo vypracování: Praha

Úplné datum: 2. 4. 2010

vlastnoruční podpis:Sedláčková Kateřina.....

Děkuji PaedrDr. Blance Housarové, Ph.D. za obětavou pomoc, cenné rady, připomínky a trpělivost, s níž vedla tuto diplomovou práci.

Ráda bych poděkovala také rodičům chlapce, učitelům i samotnému chlapci za poskytnutí informací podstatných pro realizaci praktické části diplomové práce.

Souhlasím s poskytováním této diplomové práce pro studijní účely zájemců.

Anotace

Tato diplomová práce analyzuje logopedickou péči o jedince se středně těžkým až těžkým mentálním postižením v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou. Teoretická část vymezuje symptomatické vady řeči ve spojitosti s kombinovaným postižením, jeho symptomatologii a diagnostiku. Důraz směřuje do oblasti logopedické terapie, jež je zaměřena na její jednotlivé formy včetně systémů alternativní a augmentativní komunikace. Závěrečnou kapitolu teoretické části tvoří ucelená rehabilitace hodnocená z hlediska komplexní péče. Praktická část zahrnuje kazuistiku chlapce, která blíže popisuje jednotlivé složky logopedického působení, jež jsou pro přehlednost tříděny dle oblastí stimulace a časových úseků. Cíl této práce spočíval v analýze a zhodnocení dosud poskytované logopedické péče, její komplexnosti, účelnosti a řešení komunikace.

Klíčová slova: symptomatické vady řeči, kombinované postižení, mentální retardace, dětská mozková obrna, symptomatologie, diagnostika, ucelená rehabilitace, terapie

Annotation

This diploma work analyses the logopaedics' care with mid-hard (heavy) up to hard (heavy) mentally affection in combination with Childs cerebral palsy. The theoretical part describes symptomatic infelicities of the speech with combined handicap, its symptomatology and diagnostic. The main emphasis insists on the area of logopaedics' therapy. This therapy is focused on the individual aspects of the therapy where are included the systems of alternative and augmentative communication. Closing chapter of theoretical part is integrated rehabilitation rated from the point of view of complex care. The applied (practical) part includes the boy's casuistic which describes the single components of logopaedics' care compendious sorted by areas of stimulation and time period. The aim of this work was the analysis and reviewing of provided logopaedics' care until now, its complexity, suitability and the solutions of the communication.

Key words: symptomatic infelicities of the speech, combined handicap, Cephalonia, Childs cerebral palsy, symptomatology, diagnostic, integrated rehabilitation and therapy.

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část	10
1. Symptomatické vady řeči.....	10
2. Dětská mozková obrna (DMO).....	12
2. 1. Symptomy DMO	12
2. 2. Diagnostika DMO	20
2. 3. Terapie DMO.....	23
3. Mentální postižení (retardace - MR)	30
3. 1. Symptomatologie mentálního postižení	31
3. 2. Diagnostika mentální retardace	38
3. 3. Možnosti stimulace a logopedická terapie osob s mentálním postižením.....	40
4. Alternativní a augmentativní komunikace	44
4. 1. Metody alternativní a augmentativní komunikace	45
5. Ucelená rehabilitace	52
5.1. Terapie kombinovaného postižení.....	58
Praktická část	60
6. Formulace výzkumného problému, stanovení výzkumných cílů.....	60
6. 1. Stanovení použitých metod	60
6. 2. Harmonogram zpracování diplomové práce	60
7. Kazuistika chlapce	62
7. 1. Rodinná anamnéza.....	62

7. 2. Osobní anamnéza.....	62
7. 3. Raný psychomotorický vývoj.....	63
7. 4. Diagnóza.....	64
7. 5. Sociální anamnéza	70
8. Komplexní terapie a péče o jedince	73
8. 1. Průběh a prolínání odborné péče	73
8. 2. Speciálně pedagogická péče	83
8. 3. Logopedická péče.....	84
8. 3. 1. Logopedická péče v Integrovaném centru Zahrada.....	88
8. 3. 2. Logopedická péče klinického logopeda.....	95
8. 3. 3. Logopedická péče logopeda SPC při SŠ, ZŠ a MŠ	100
8. 3. 4. Logopedická péče se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK).....	102
9. Současný stav	110
10. Diskuse.....	112
Závěr	115
Summary	117
Použitá literatura	118
Přílohy.....	122

Úvod

..... Jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání i počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší“ (Heinrich Behr, Psychopedie, 2007, str. 3).

Tento výrok položil základ mé diplomové práci, kterou jsem se rozhodla věnovat oblasti řečových dovedností, respektive možnosti obstát v používání verbálního kanálu, jež je u jedinců s kombinovaným postižením (mentální retardace a dětská mozková obrna) značně limitována. Rozvoj řečových dovedností je součástí komplexní péče o dané jedince v souvislosti s ucelenou rehabilitací a péčí. Prací, monografií a textů, věnovaných právě jedincům s kombinovaným postižením najdeme v našich podmínkách minimum. Proto se každý popsany přístup, uvedení souvislostí, kauzality stává přínosným momentem jak pro odborníky, tak pro rodiče.

Kombinované postižení patří mezi témata, jež jsou v současnosti velice aktuální. Úzké spojení vidím nejen v malém množství odborné literatury, jak bylo uváděno výše, ale především v narůstajícím počtu jedinců s tímto postižením. V této souvislosti musím uvést určitou podmíněnost v podobě stále se zlepšující lékařské péče, kdy jak víme, dochází k záchraně i velmi nezralých novorozenců, jež si do života nesou zvýšené riziko vzniku nějakého postižení. Další důvod nacházíme v nabídce moderních diagnostických, terapeutických či poradenských principů, které starší přístupy nenabízejí. Jedná se především o systémy alternativní a augmentativní komunikace, jež do praxe vstupují až po roce 1989.

Diplomová práce obsahuje dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se pomocí analýzy dostupných informací snažila vymezit symptomatické vady řeči ve spojitosti s kombinovaným postižením, jeho symptomatologii, diagnostiku a terapii. Toto je obsahem prvních tří kapitol.

Čtvrtá kapitola se věnuje alternativní a augmentativní komunikaci jako další možnosti řešení komunikace osob s těžšími stupni mentální retardace. Současně podává

přehledný popis jednotlivých metod používaných v systémech náhradní či podpůrné komunikace.

Poslední, pátou kapitolu teoretické části tvoří ucelená rehabilitace. Tuto rehabilitaci koncipuji z hlediska podpůrných terapií, které pomáhají v celkovém rozvoji jedinců s kombinovaným postižením. Členění na rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou zaručuje komplexní pohled na danou problematiku.

Praktickou část tvoří případová studie sedmnáctiletého chlapce s mentálním postižením a dětskou mozkovou obrnou, jež je zaměřena na logopedickou terapii. V práci jsou podrobně rozebírány jednotlivé formy logopedického působení, které pro přehlednost třídím dle oblastí stimulace a časových úseků.

Cíl této práce spočívá v analýze a zhodnocení dosud poskytované logopedické péče, její komplexnosti, účelnosti a řešení komunikace.

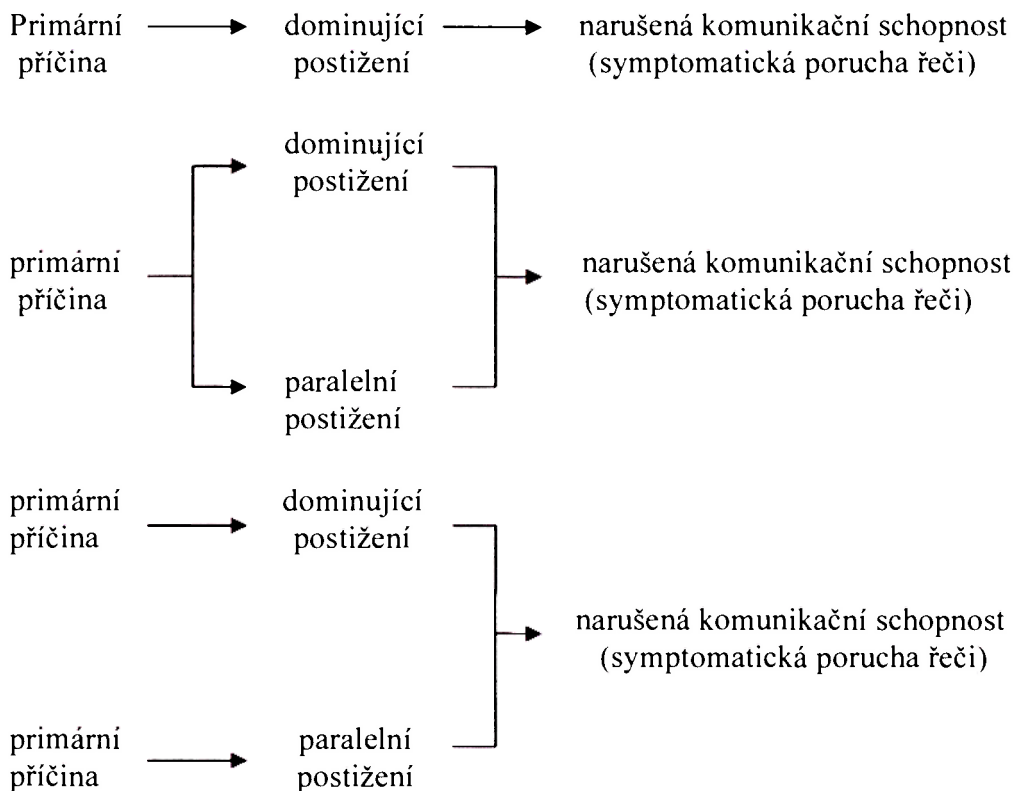
Teoretická část

1. Symptomatické vady řeči

Symptomatické poruchy řeči (symptomatic speech disorders) reprezentují jednu skupinu narušené komunikační schopnosti. Jejich třídění vychází z jednotlivých symptomů. Již Sovák (1978) uvádí skutečnost, že symptomatické vady řeči provázejí základní onemocnění, tudíž jsou jedním z příznaků primární diagnózy. Z tohoto pohledu se shoduje s definicí těchto poruch podle Lechty: „*Narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění*“ (Lechta, 2008, str. 52).

Symptomatické poruchy řeči vznikají na základě různých etiologických činitelů. Tyto faktory je mnohdy těžké odhalit či vzájemně odlišit. Důvodem bývá zpětná vazba mezi jednotlivými příčinami či příčinami a jejich následky. Lechta (2008) vyjadřuje etiologii z pohledu tří modelů.

Schéma č. 1: Modely vzniku symptomatických poruch řeči (Lechta, 2008, str. 54)



Symptomatické poruchy řeči, jak již bylo řečeno dříve, třídíme z hlediska symptomatického. Jednotlivé symptomy postižení se mohou prolínat a kombinovat. Takto vznikají vícečetná postižení, která nazýváme kombinované vady.

2. Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna – DMO (raná mozková obrna – RMO, perinatální encefalopatie, Cerebral palsy) – tento termín vymezuje různé stavy rozdílných stupňů, pro něž je v klinickém obraze typická především porucha centrální regulace hybnosti vznikající na bázi poškození nezralého mozku v období pre, peri a časně postnatálním. U DMO rozeznáváme spastické a nespastické formy. Kromě motorické symptomatologie bývají diagnostikovány další poruchy - mentální defekt, poruchy řeči (dysartrie), strabismus, epileptické záchvaty či senzitivní poruchy (Dvořák, 1988).

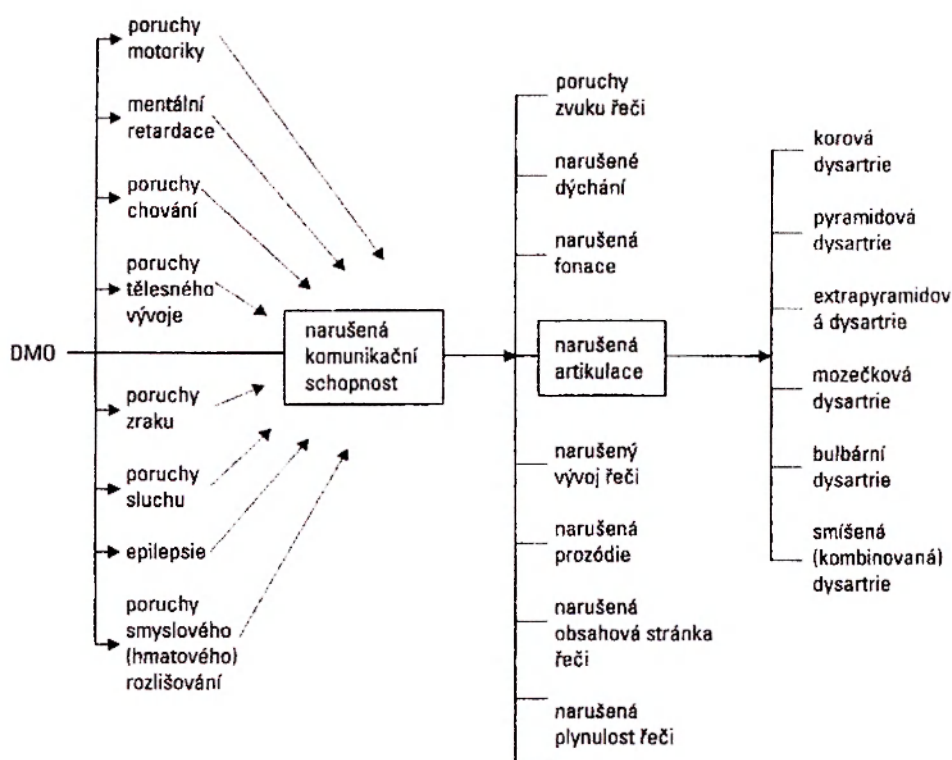
Na podkladě poškození centrální nervové soustavy (CNS) a s tím spojené poruchy hybnosti lze vyvodit skutečnost, že při tomto postižení dochází k narušení řeči především v její expresivní složce. Toto narušení spočívá zejména v artikulačních potížích (možnosti ovládání mluvidel), kdy jedinec není schopen hlásku motoricky uskutečnit. Typickým projevem DMO se tudíž stává dysartrie.

Dysartrie – „poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy (CNS)“. Vývojová dysartrie – „zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození centrální nervové soustavy (CNS) dítěte. Proto je nejčastěji spojován se skupinou dětí narozených s projevy dětské mozkové obrny (DMO)“ (Neubauer 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007, str. 307, 310).

2. 1. Symptomy DMO

Symptomy daného postižení jsou velice rozmanité. Přehledně je zachycuje schematické znázornění Lechty (2008), který nejprve popisuje všeobecné symptomy, na jejichž základě vzniká narušená komunikační schopnost. Dále rozvíjí symptomy řečové, které naznačují další druhy narušené komunikační schopnosti a dysartrii jako nejtypičtější poruchu řeči při DMO.

Schéma č. 2: Projevy DMO v řeči z logopedického hlediska (upraveno podle Lechty, 1983, In: Lechta, 2008)



Škodová (2007) se v symptomatologii v podstatě shoduje s Lechtou. Neuvádí pouze poruchy tělesného vývoje. Klenková (2006) naopak do tohoto výčtu přidává poruchy endokrinologické, vegetativně - nervové. Poruchy nijak nerozvádí, jen udává jejich výskyt u všech forem DMO. Podobně jako Kábele (1988) nezahrnuje symptom poruchy smyslové diskriminace.

Poruchy motoriky

Její příznaky se objevují u všech forem DMO, tj. spastických i nespastických. Kábele (1988) je považuje za nejčastější a většinou i nejzávažnější (s výjimkou těžkého a hlubokého postižení mentálního) poruchy, které vystupují do popředí nejen v oblasti motoriky pohybové, ale i mluvní. Podobně se vyjadřuje i Škodová (2007), jež udává skutečnost, že „*kromě poruch hrubé motoriky je při řeči nápadná i porucha motoriky mluvních orgánů. tj. porucha jemné motoriky*“ (Škodová, 2007, str. 410).

Tyto symptomy se mohou projevovat v podobě spasticity (neustále zvýšený tonus svalstva – u diparetických, hemiparetických, kvadraplegických forem), hypotonii (patologicky snížený tonus svalstva – u hypotonické formy) či dyskinézi (mimovolní nepotlačitelné pohyby – u dyskinetických forem) – (Lesný, 1972, 1985, In: Kábele, 1988).

Oba autoři souhlasně uvádí narušení hrubé i jemné motoriky. V této oblasti se připojují k jejich názoru. Je důležité si uvědomit, že tato porucha ovlivňuje poznávání okolního světa, kdy dítě obtížně získává i ověřuje nové informace. Obdobně omezené jsou samozřejmě i možnosti dorozumívání (nesrozumitelný mluvní projev...), tj. jemná motorika jako vyšší stupeň motorických schopností.

Mentální retardace (MR)

Souběžný výskyt mentálního postižení s DMO zhoršuje další již tak nepříznivou prognózu. Údaje procentuálního hodnocení se v literatuře značně liší. Jak shodně uvádí Škodová (2007) i Lechta (2008) lze tuto různost vysvětlit dvěma způsoby. První z nich zastupuje odlišné pochopení tzv. mentální subnormy. Druhý tvoří skupiny osob, jež byly zařazeny do jednotlivých výzkumů. V těchto vzorcích nemusely být zahrnuty těžší případy. Na tento fakt poukazuje i Kábele (1988). Komplexně lze shrnout vyjádřením Lechty: „*Kombinace mentální retardace s DMO patří ve speciální pedagogice vůbec k nejtěžším*“ (Lechta, 2008, str. 107).

Všichni tři autoři uvádí zhoršování prognózy u kombinovaného postižení DMO a MR. V procentuálním hodnocení výskytu MR při DMO vychází Kábele pouze z údajů Lesného, který jej uvádí u 50 % postižených, přičemž v některých formách DMO kolísá mezi 25 – 30%. Škodová (2007) a Lechta (2008) vychází ze širšího spektra výzkumů.

Narušené chování

V této oblasti je převážně charakterizováno změnami emočními. Ty mohou být způsobeny a dále prohlubovány dlouhodobou nemocí, frustrací, nevhodnou výchovou, sníženou schopností adaptace či negativním postojem nejbližšího okolí (Škodová, 2007).

Odmítavý postoj rodičů může negativně ovlivnit řeč, kdy dochází ke vzniku apatie, nezájmu o komunikaci či agresivitě a vzdorovitosti. Druhý případ „*bude způsoben neschopností vyjádřit své pocity a přání srozumitelnou řečí*“ (Lechta, 2008, str. 107).

Pokud se blíže podíváme na popisované symptomy, můžeme sledovat určitou provázanost. Samo postižení sebou přináší poruchy, které dítě těžko reguluje (hybnost, vnímání, myšlení, chování...). Tyto skutečnosti nepochybně jedince frustrují. Pokud se přidá nevhodný styl výchovy (většinou ochranný), kdy dochází k izolaci osoby, neprospívá to samozřejmě adaptačnímu procesu. Ten je mimo jiné ovlivněn především psychickou stránkou osobnosti. I tito jednotlivci potřebují zažít pocit komunikace, při níž musíme akceptovat všechny symptomy doprovázející primární diagnózu, podporovat je v komunikačním záměru atd. Pokud toto blízké okolí odmítá, nezbytně se rozvíjí, jak uvádí Lechta (2008), apatie či agresivita.

Narušený tělesný vývoj

Klenková (2006) jej charakterizuje jako opožděný, v těžších případech omezený. Dále uvádí patrnost poruch růstu, hmotnosti, celkového vyspívání a vzhledu. Upozorňuje i na častější strádání nechutenstvím, zvracením, infekcemi dýchacích cest, hojnou potivost a citlivost kůže.

Klenková (2006) ve svém popisu vychází z poznatků Františka Kábele. Bližší charakteristiku nalezneme v jeho publikaci: Rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s DMO, 1988, str. 18 – 19.

Poruchy zraku a sluchu

Zrakové poruchy jsou podle Jankovského (2001) u osob s DMO hojné. Nejčastěji uváděn je v této oblasti strabismus, ojediněle nystagmus a ptóza (Lesný 1972, In: Lechta 2008). Jankovský (2001) doplňuje o tupozrakost, refrakční poruchy a hemianopii.

Sluchové poruchy - pokud budeme vycházet z jednotlivých výzkumů, zjistíme, že Böhme (1976) uvádí výskyt oboustranné percepční poruchy sluchu u 21,4% dětí s DMO. Kábele (1988) ve svém výzkumném vzorku 136 dětí označil za nedoslýchavé

(lehčí stupeň) 34 z nich, tj. 25% a Sovák (1981) 5 – 25%, přičemž zdůrazňuje i možnost výskytu přechodných sluchových poruch v období vystupňované spasticity (Böhme, 1976, Sovák, 1981, In: Lechta, 2008).

Všimněme si shody úsudku posledních dvou autorů, že „*děti s DMO ve chvílích zesílené spasticity nebo nepotlačitelných mimovolních pohybů mají sníženou schopnost vnímání a soustředění, popř. ji přechodně téměř ztrácejí. To postihuje vnímání nejen sluchové, nýbrž i zrakové, kinestetické a motorické, tzn. činnost všech receptorů a analyzátorů*“ (Kábele, 1988, str. 27).

Epilepsie

Projevy epilepsie se objevují podle Lesného převážně u osob s hypotonickou formou DMO (Lesný, 1972, In: Škodová, 2007). Negativně mohou řeč ovlivnit i následky epileptických záchvatů prezentující se jak v obsahové, tak zvukové jazykové rovině. Kábele (1988) pohlíží na epilepsii především z výchovně vzdělávacího hlediska, kdy se jedinec s častějším výskytem záchvatů nemůže účastnit výuky v běžné základní škole z důvodů bezpečnostních.

V současné době není podle mého názoru účast ve výuce omezena z hlediska bezpečnosti. Pokud jedinec navštěvuje základní školu, je možné pracovat s podporou asistenta pedagoga či osobního asistenta, který na jedince dohlíží po celou dobu výuky. V tomto případě se přikláním spíše k názoru Škodové, která pohlíží na daný problém z pohledu logopedického.

Poruchy smyslové (pocitové) diskriminace

„*Dětská mozková obrna současně postihuje i senzitivní inervaci, což se zákonitě musí projevit i v terapii*“ (Lesný 1972, In: Lechta, 2008, str. 108).

Poruchy řeči

Dysfonie

Kábele (1988) uvádí poruchy tvorby hlasu u těžších forem DMO. V této souvislosti dochází k různým hlasovým projevům – hlas je tichý, chraptivý, křečovitý – ve vazbě na formu DMO.

Narušené dýchání

Lechta (2008) upozorňuje na nezbytnost uvědomování si nepravidelností dýchání a dávat je do souvislosti s řečovou produkcí. Podobně jako v předchozí oblasti podléhá i dýchání formě DMO. Musíme si uvědomit, že výdechový proud je v podstatě u všech forem DMO nedostačující. Jednotlivé rozdělení uvádí Kábele (1988), kdy např. při spastických formách je výdechový proud křečovitý a mělký. Jedinec není schopen vytvořit znělou řeč či delší mluvní celky.

V tomto případě nejen Kábele, ale i Lechta směřují k poznatku, že řeč je pohybový výkon, který těsně souvisí s dýcháním, fonací, artikulací, pohybem měkkého patra a zajišťováním oromotorických funkcí. Pokud je výdechový proud nedostatečný, jsou narušeny i ostatní pohybové vzorce.

Dysartrie

Charakteristická porucha mnoha jedinců s DMO, při níž je narušen celkový proces artikulace. Vzniká v důsledku postižení pohybových funkcí všech artikulačních orgánů, hlavně jazyka a rtů. „*Kromě globální poruchy hláskování jsou v různé míře přítomny i poruchy respirace, fonace, rezonance a prozodie*“ (Cséfalvay, 2005 In: Lechta, 2005).

Rozdělení dysartrie a její symptomatologie v řeči (Kábele, 1988), (Cséfalvay, 2003, In: Lechta, 2003):

Kortikální (korová) dysartrie – v řeči vážne pořádek hlásek a slov v delších a složitějších mluvních celcích. Dále se objevuje náznak spasticity s mlaskavými zvuky. Změněná je i prozodie, akcent bývá kladen na první hlásku.

Pyramidová dysartrie – tuto formu řadíme mezi spastické, kdy dochází k obrně svalstva mluvidel. Řeč je tudíž tvrdá, křečovitě tvořená. Celkový mluvní projev přerývaný, zpomalený s výskytem otevřené huhňavosti, jazyk neohebný. Dýchání plytké, hlas na konci projevu tichý (šeptající).

Extrapiramidová dysartrie – forma hypertonická - v řeči se objevuje nezřetelná artikulace, ztuhlost. Změněna síla hlasu i prozodie, časté poruchy v dýchání.

- forma hypotonická – narušeno dýchání v průběhu řeči. Změněná je melodie, dynamika, tempo i hlas. V řeči se objevuje vyřazení některých hlásek.

Bulbární dysartrie – narušena artikulace hlásek vyžadujících přesnou koordinaci pohybů a zvýšené svalové napětí – těžká srozumitelnost. Projevuje se zde otevřená huhňavost. Postiženo je žvýkání a polykání. Hlas bývá dysfonický až afonický.

Cerebelární (mozečková) dysartrie – řeč bývá skandovaná se zárazy, ataktická s přehnanou dynamikou i tempem. Častý výskyt adiadochokinézy jazyka (Kiml, 1978, In: Lechta, 2003).

Kombinovaná (smíšená) dysartrie – u tohoto typu dochází ke kombinaci jednotlivých příznaků.

Dysprozódie

Narušení modulace řeči (tempo, síla, výška...). Vzhledem k závislosti na lokalizaci a rozsahu léze jsou i projevy dysprozódie různorodé – od zpomaleného tempa až po sakadovanou řeč. „*Modulační faktory mají v mluvené řeči sdělovací charakter, výraznější narušení modulace řeči ještě více zdůrazňuje nápadně nesrozumitelnou řeč u dětí s těžšími formami DMO*“ (Škodová, 2007, str. 411).

Otevřená huhňavost

Vyskytuje se hlavně při bulbární a pyramidové formě DMO. Příčinou je snížená či žádná pohyblivost vcla (Lechta, 2008).

Koktavost

Složitá diagnostika, kdy je nutné odlišit spasmy způsobené DMO a spasmy příznačné pro koktavost.

Kábele (1988) a Klenková (2006) řadí do poruch řeči ještě breptavost a mutismus. Kábele je vřazuje společně s koktavostí do skupiny mluvních neuróz.

Narušené koverbální chování

Vychází z celkového motorického vzorce. Řadíme sem hypersalivaci (zvýšené slinění), dyskineze (nepotlačitelné mimovolní pohyby) atd. Z daného lze vyvodit rušivý důsledek tohoto chování na komunikační záměr.

Orgánové odchylky

Do této skupiny náleží poruchy spojené s rozštěpy, přirostlá jazyková uzdička atd. Lesný (1980) upozorňuje na jejich častější výskyt u dětí s DMO oproti běžné populaci (Lesný 1980, In: Škodová, Jedlička, 2007).

Jazykové roviny

Lexikálně sémantická rovina

Tato oblast se vyznačuje potížemi spojenými s omezenými možnostmi motoriky v souvislosti s aktivním přístupem při získávání nových poznatků z okolního světa. Pasivní porozumění začíná kolem čtvrtého roku stagnovat, což je samozřejmě v podmíněnosti vnitřní a vnější řeči (Románek, 1977, In: Lechta, 2008). Vzhledem ke skutečnosti omezeného zapojování smyslového vnímání dochází k chudší tvorbě pojmů. To souvisí s pojmovou nepřesností nejen v použití, ale i v oblasti chápání významu daného slova. Dostáváme se tak k otázce aktivní a pasivní slovní zásoby. Podle poznatků autorů Lesného (1980) a Rheinweilera (1995) nacházíme omezení plynoucí z nedostatku zaznamenávání slov do kinestetické paměti či jejich výbavnosti (Lesný, (1980), Rheinweiler, (1995), In: Lechta, 2008).

Morfologicko – syntaktická rovina

Řeč u jedinců s DMO většinou gramaticky zaostává. Často dochází k jednoslovnému vyjádření či používání telegrafické řeči (stručné, holé věty). Největší poškození této roviny nastává v okamžiku připojení mentální retardace k DMO.

Foneticko – fonologická rovina

Tato rovina se stává charakteristickou pro jedince s DMO. Vyslovování hlásek je totiž motorickou činností, která je v daném případě omezena či opožděna. „Často

bývá narušena schopnost automatizace řeči, vytváření mluvních celků“ (Kábele 1986, In: Lechta, 2008).

Pragmatická rovina

Zde musíme zdůraznit skutečnost existence komunikačního záměru u osob s daným postižením. Narušen je realizační proces, v němž negativní úlohu sehrává celkové omezení motoriky včetně motoriky mluvidel.

2. 2. Diagnostika DMO

Diagnostika osob se závažnou poruchou musí být komplexní. Provádí se v oblasti neurologické, psychologické, somatické a logopedické.

Neurolog většinou stanoví výchozí diagnózu. Provádí klinické vyšetření, na něž navazují moderní zobrazovací metody (počítačová tomografie - CT, magnetická rezonance – MR). Na základě těchto vyšetření lze lokalizovat poškození (Neubauer, 2007, In: Škodová, Jedlička 2007).

K tomu Kraus (2007) dodává, že *„základ diferenciální diagnostiky neprogresivní DMO spočívá v odlišení progresivních neurologických onemocnění. Vyšetření zobrazovací metodou, v současnosti nejlépe zobrazením MR, vyloučí expansivní procesy mozku či míchy a detekují vývojové anomálie. DMO napodobují mnohá onemocnění, především nemoci s pomalým průběhem a obdobnou klinickou manifestací. K pomocným metodám, které jsou významnou pomocí při jejich diferenciální diagnostice, patří elektromyografie. Podobně se mohou uplatnit metody molekulární genetiky. Při hodnocení výsledků pomocných laboratorních metod je třeba mít vždy na paměti limity, které každou metodu provází. Mnohé z metod totiž mají vysokou sensitivitu, ale nižší specifitu. Výsledky je proto třeba používat jen na základě pečlivého zvážení klinických projevů“ (Kraus, 2007, str. 8).*

Psycholog vyšetří kognitivní a duševní schopnosti jedince. Tato vyšetření jsou důležitá pro další diagnostiku komunikačních a somatických poruch, jež směřují ke stanovení rehabilitačního plánu.

Somatické vyšetření rehabilitačním lékařem tvoří podklad pro další aktivity fyzioterapeuta, který rozvíjí pohybové funkce jedince.

Logoped, podobně jako u somatického vyšetření rehabilitační lékař, vyhodnotí příznaky poruch řečového projevu a vytvoří terapeutický plán.

Dle Neubauera (Neubauer, 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007, str. 317) zaměřuje komplexní logopedické vyšetření pozornost na tyto oblasti:

- *Možné poruchy zraku a sluchu, které by mohly ovlivnit stav a rozvoj řečové komunikace.* Tyto poruchy vyšetřují jiní odborníci (ORL či oční). Neubauer zde spíše myslí sluchové a zrakové vnímání, které je důležitou složkou řeči (její receptivní i expresivní složky).
- *Dýchání, tvorbu hlasu a zvládání slinotoku*
- *Rozvoj schopností v příjmu stravy a polykání.* V tomto případě není naznačena diagnostika, ale rovnou stimulace.
- *Rozumění řeči, obsah mluvy a schopnost fonematické diferenciaci*
- *Rozvoj expresivních řečových schopností – artikulaci, rezonanci a individuální jazykové schopnosti: gramatiku (morfologii a syntax), slovní zásobu.* Opět je popisována stimulace nikoli diagnostika.
- *Vyšetření hybnosti mluvidel a orofaciální oblasti*
- *Grafomotoriku a motorickou praxi, souhyby těla a mluvidel*
- *Rozvoj školních dovedností podle věku.* I zde rovnou stimuluje.

V diagnostice chybí zjišťování prozodie, rytmu, melodie, komunikace (verbální, neverbální) i primárních funkcí.

Cséfalvay 2003, In: Lechta, 2003) se v průběhu vyšetření zaměřuje na tyto oblasti:

- Respirace
- Artikulace
- Fonace

- Rezonance
- Souvislý mluvní projev

Tato diagnostika je podle autora většinou používána v klinické praxi na Slovensku. Vyšetřuje se primární pohyblivost rtů, jazyka, sanice a reflex zvracení. V oblasti vyšetření artikulace tvůrce zmiňuje možnost zeptat se jedince na případné poruchy polykání či je vyzkoušet nabídnutím sklenice vody. Pro hodnocení souvislého mluvního projevu je, jak sám autor udává, vyvíjena snaha získat nahrávku. Pokud se jedná o video, lze později hodnotit i koverbální chování a nonverbální komunikaci. Podle mého názoru není „snahou“ zaručeno kvalitní vyšetření řečového projevu. Dalo by se říci, že chybí vyšetření komunikace. Současně neshledávám v diagnostice vyšetření primárních funkcí.

Při hodnocení komunikačních dovedností navrhuje Kábele (1988) postupovat takto:

- Vyšetřit primární pohyblivost mluvních orgánů (foukání, jazyk ven z úst a zpět - protrúze...)
- Artikulaci izolovaných hlásek a hláskových spojení
- Celkový mluvní projev (opakování vět, říkanky, plynulý mluvní celek)
- Základní pohybové schopnosti (flexe – extenze, abdukce – addukce prstů, opozice palce proti prstům)
- Základních motorických předpokladů k psaní (držení tužky, průpravné cviky, tvary)
- Schopnost psaní (od písmen ke slovům)

Z daného vyplývá nutnost komplexního hodnocení. Z těchto důvodů jsou po posouzení respirace, artikulace, fonace, prozodie a rezonance zhodnoceny i další oblasti, jež se aktivně podílí na mluvním projevu.

2. 3. Terapie DMO

Terapie osob s DMO navazuje na diagnostiku několika odborníků – neurolog, fyzioterapeut, logoped, foniatr a psycholog. Podstatné je v tomto okamžiku vyzdvihnout neodkladnost koordinace somatické a logopedické péče. Každý logoped by tedy měl být seznámen s fyzioterapeutickou péčí a jejím aktuálním stavem u daného jedince.

Dalším z předpokladů pozitivního vlivu terapie na jedince je její včasné zahájení. Lechta (2008) zdůrazňuje potřebu zahájení péče už v prvním roce života. Jedná se především o nácvik funkce sání, polykání a žvýkání. Novotný přidává k těmto aktivitám souvislé vydechování s fonací a koordinované dýchání (Novotný, 1989, In: Lechta, 2008).

Zásady podporující komplexní péči o osoby s DMO

Péčí o děti s poruchami řeči a hybnosti v důsledku dětské mozkové obrny se zabýval František Kábele, jež vytvořil šest zásad podporujících danou terapii: zásada vývojovosti, reflexnosti, rytmizace, komplexnosti, kolektivnosti, přiměřenosti a individuálního přístupu.

Zásada vývojovosti – zdůrazňuje nutnost postupovat při nácviku pohybových i řečových dovedností na základě ontogenetického vývoje. Primárně je důležité zjistit aktuální vývojovou fázi, na níž bude v průběhu terapie navazováno. Dále Kábele (1988) udává nezbytnost dostatečně dlouhého přípravného období (křik, žvatlání). Po této fázi následuje nácvik artikulace jednotlivých hlásek, jejich fixace ve slovech, větách a automatizace. Vývoj primární motoriky artikulačního aparátu stimulujeme masáží, pasivním a poté aktivním cvičením (Škodová, 2007).

Zásada reflexnosti – spočívá v uplatňování reflexně – inhibičních poloh. Tyto polohy (hlavy, trupu i končetin v jednotlivých kloubech) jsou opačné k těm, které obvykle zaujímá jedinec při pokusu o mluvní či pohybový akt (Kábele, 1988). Systém reflexně – inhibičních poloh vypracovali manželé Bobathovi, spočívá v uvolnění svalového tonu (spasticity) a nepotlačitelných mimovolných pohybů. Lechta (2008) uvádí podobné užití Vojtovy terapie.

Zásada rytmizace – rytmizací se dosahuje odstranění nebo zmírnění spasticity, nepotlačitelných mimovolných pohybů a psychického uvolnění. Takto dochází ke zlepšení plynulosti a koordinace těchto procesů (Kábele, 1988). Rytmičtá cvičení se provádějí s opakováním hlásek či slov na základě individuálního tempa jedince a slovním (říkanka, písnička) doprovodem logopeda.

Zásada komplexnosti – Tato zásada spojuje působení zrakových, sluchových, kinestetických i motorických podnětů. Kábele (1988) uvádí skutečnost nácviku artikulace před zrcadlem. Tak může jedinec srovnávat artikulační pohyby logopeda se svými. Současně dochází ke spojování výslovnosti se čtením. Kinestetický a motorický analyzátor se zapojuje při hmatovém vnímání (na hrtanu či před ústy) v průběhu nácviku výslovnosti znělých a neznělých hlásek.

Zásada kolektivnosti – cvičení probíhají ve skupinách dvou až čtyř vrstevníků. Vytváří se tak vhodné a klidné prostředí pro komunikaci s ostatními jedinci. Při nácviku střídáme cvičení s odpočinkem (Klenková, 2006).

Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu – úzce souvisí s předchozími zásadami. Zdůrazňuje nutnost respektovat individuální možnosti každého jedince a přizpůsobit jim všechny aktivity probíhající ve skupině.

„Dodržováním těchto zásad je snaha i děti s velmi opožděným nebo omezeným vývojem hybnosti a řeči zapojit do společnosti ostatních, což je významné pro jejich společenskou integraci“ (Klenková, 2006, str. 195).

Tyto zásady jsou nezbytné v komplexní péči o dané jedince. V podstatě se na jejich podkladě rozvíjí veškerá pohybová i mluvní terapie. V publikacích je uvádí mimo Klenkové i další autoři - Škodová či Lechta.

Ucelené koncepty a metody využívané v logopedické péči

Jak již bylo popsáno výše, dochází k propojování logopedické a fyzioterapeutické péče. Nyní předkládám některé metody využívané v komplexní fyzioterapeutické péči uváděné Neubauerem (Neubauer, 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007) s ohledem na jejich možné použití v přímé práci logopeda.

Bobathova metodika – vznikla ve 40. letech 20. století. Její význam v souvislosti s reflexně inhibičními polohami a důsledkem uvolňování svalového tonu byl podrobněji popsán v zásadě reflexnosti. Nyní se zaměřím na tzv. ústní terapii, kterou podporujeme příjem potravy, polykání a motoriku v orofaciální oblasti.

Mezi cíle této terapie řadíme (Neubauer 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007):

- Stimulaci chybějících reflexů (kousací, sací, hledací, polykací a dávivý)
- Utlumení přetrvávajících primárních reflexů a nahrazení aktivní motorickou činností

Techniky ústní terapie (Neubauer 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007):

- Masáže mluvidel (podpora hybnosti)
- Cílené odstraňování patologických jevů (tonus svalů, reflexy) pomocí jemných dotyků
- Podpora výbavnosti pohybů jazyka, rtů a čelisti (s dopomocí, proti odporu...)
- Příjem potravy bez vyvolání patologických jevů (tlak na jazyk pomocí otočené lžičky – slíznutí...)
- Nácvik zvládnutí slinotoku

Metodika reflexní terapie (cvičení podle Vojty) – podrobněji popsáno kapitole o ucelené rehabilitaci. Souvislost s přímou prací logopeda se jeví v možnosti řečové terapie po ukončení rehabilitačního cvičení či užití spouštěvých bodů v obličejové části.

Kabatova metoda – „Základem této metody je usnadnění pohybu pomocí signalizace z vlastního těla. Při této facilitaci dochází k aktivaci maximálního počtu motorických jednotek ve svaích. Pohyby, které technika používá, byly převzaty z přirozených pohybů zdravého člověka. Jsou to pohyby prostorové, pohyby horních i dolních končetin a trupu jsou uspořádány do pohybových vzorců, které mají spirální (rotace) a diagonální (křížící podélnou osu těla) průběh. Pohyby musí být plynulé a koordinované, provádí se pasivně, pasivně s dopomocí, aktivně či aktivně proti

odporu. Tato technika se používá k posilování či relaxaci jednotlivých svalů, svalových skupin, ale i celých pohybových stereotypů (otáčení, lezení, atd.)” – (<http://kdho.fnmotol.cz/rodiceapacienti> staženo dne 1.3.2010 v 16.00 hod.).
V logopedické péči lze využít cvičení proti odporu.

Metoda Castillo – Morales – reflexní metodika orientovaná na rozvoj polykání, řečového projevu a hybnosti v orofaciální oblasti. „Využívá tah, tlak a vibraci v obličejové a orofaciální oblasti a zintenzivňuje již stávající metody v této oblasti” (Neubauer, 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007).

Myofunkční terapie – metoda zaměřená na projevy svalové a funkční nerovnováhy v orofaciální oblasti. Její orientace sleduje především jemnou diferenciaci drobnějších odchylek v dané oblasti s použitím koordinačních pomůcek (např. tvary na vnímání polohy jazyka...). Z těchto důvodů je podle Neubauera (2005) vhodná „spíše pro intaktní populaci s vývojovými obtížemi v artikulaci než pro oblast neurogenních poruch” (Neubauer, 2005, In: Lechta, 2005, str. 293).

Tyto koncepty patří k nejznámějším u nás. Podle mého názoru pozitivně podporují individuální terapie. Musí však být užívány, jak bylo uvedeno dříve, v koordinované komplexní péči.

Klenková (2006) dále rozšiřuje tento výčet:

Terapie Petőho (každodenní činnosti se slovním a rytmičným doprovodem).

Metoda Crickmayové (v naší literatuře není dostatečně rozpracována, využívá se v zahraničí).

Synergetická reflexní terapie (koncept slučuje modifikované terapie, které jsou cíleně upraveny pro zvláštnosti mozkových poruch).

Funkční svalová terapie v orofaciální oblasti (využití v ORL, čelistní chirurgii i v rehabilitaci u DMO či jedinců s Downovým syndromem).

Myofunkční terapie podle profesora Garlinera (základní koncept pro nápravu myofunkčních poruch orofaciálního systému) - viz výše.

Podrobnější informace např. o Synergetické reflexní terapii lze nalézt i na internetových stránkách <http://www.isrt.cz/?page=srt> (dne 1. 3. 2010 v 18.00 hod.). Další terapie je uváděna v souvislosti s Bobath metodikou na adrese http://www.maxim-zdr.cz//odborna_spoluprace/bobathova_metoda/ (dne 1. 3. 2010 v 18.00 hod.) takto: „V jiných zemích je používána i konduktivní terapie Andráse Petőho. Tato terapie se nepoužívá, protože vyžaduje speciální proškolení“ (L. Bachanová).

Logopedická terapie řečových dovedností

Tato péče zahrnuje podporu spontánních motorických řečových schopností, na něž navazuje stimulace motoriky mluvidel a artikulačních dovedností. Součástí terapie je i podpora celkového sociálního a mentálního rozvoje jedince.

Stimulace spontánních řečových dovedností (Neubauer, 2005, In: Lechta, 2005):

- Prvotní podmínkou pro jakýkoli nácvik je potřeba stimulace očního kontaktu a jeho následné udržení. Po úspěšném zvládnutí této základní fáze je jedinec připraven k dalšímu logopedickému působení, tj. rozvoji pozornosti, rozumění a naslouchání.
- Další péče vychází z napodobování motorických činností. V této aktivitě nám pomáhají masáže mluvidel. Velmi vhodné je jejich doplnění o zvuky (např. houkání ve vizuálním spojení s hračkou).
- Od pasivních motorických činností (kruhové masáže) postupujeme k aktivní nápodobě artikulačních pohybů. V této fázi dbáme na podporu zrakové, sluchové i taktilní zpětné vazby.
- Stimulaci fonematického sluchu propojujeme s rozvíjející se impresivní slovní zásobou. K nácviku využíváme manipulaci s hračkami či obrázkovými knížkami.
- Porozumění stimulujeme pečlivým spojováním zvukových a slovních projevů s jazykovým obsahem.
- Používáme také počítačové programy se zpětnou vazbou sluchovou i zrakovou (Mentio...).

Stimulace motoriky mluvidel a artikulace (Neubauer, 2005, In: Lechta, 2005):

- Rozvoj spontánních kompenzačních mechanismů – přijímáme náhradní mechanismy, ale ovlivňujeme je k vyhovujícímu odlišení od ostatních hlásek.
- Užití průpravných motorických, dechových a fonačních cvičení – jejich funkce je většinou podpůrná. Skutečnost vlivu na srozumitelnost řečového projevu je třeba vyhodnotit individuálně.
- Vybavování artikulace jednotlivých hlásek – v péči používáme sondy a další pomůcky pro nácvik udržení mluvidel v požadované poloze. Naším cílem však není intaktní artikulace, nýbrž zlepšení srozumitelnosti.
- Rytmizační postupy – v péči o jedince s dysartrií mají značnou úlohu. Musíme je však používat s ohledem na eventualitu možného vyvolání patologických jevů.

Ve stimulaci motoriky mluvidel jsou zařazena např. cvičení rezonanční, pro ovlivnění svalového napětí a síly či prozodie. Takto položená stimulace je pouze částečnou terapií vybrané oblasti. Není zde náznak komplexnosti. Celkově působí jako přebíhání bez určitého cíle.

Stimulace celkového sociálního a mentálního rozvoje jedince (Neubauer, 2005, In: Lechta, 2005):

- Potíže související s motorickou poruchou řeči by neměly jedinci bránit v jeho duševním, kognitivním a sociálním rozvoji.
- Jedinec musí zažívat pocit dialogu. V tomto ohledu je podstatné aktivní zapojení blízké rodiny jedince tak, aby docházelo k spontánní komunikaci, která poskytuje prostor pro zpětnou vazbu.
- Pomocí metod alternativní a augmentativní komunikace rozvíjíme v maximální možné míře komunikační potenciál. Z daného si lze chybně vyvodit skutečnost, že není třeba stimulovat mentální a sociální potenciál.

„Přestože je vývojová dysartrie dominantně motorickou poruchou, její časté spojení s mentálním handicapem či opožděným vývojem řečových schopností u dítěte s postižením vývoje CNS je důvodem pro tvořivé spojování rozvoje jazykových schopností a pojmové zásoby s rozvojem motorických řečových schopností v jeden celek zahrnutý do dlouhodobého terapeutického programu logopedické péče“ (Neuhauer, 2005, In: Lechta, 2005, str. 297).

Kábele (1988) v rozvoji dorozumívacích dovedností poukazuje na nutnost současného nácviku všech mluvních orgánů, ústrojí dýchacího, rezonančního, fonačního, artikulačního. V této souvislosti jsou stimulovány i ostatní stránky mluvního projevu – plynulost, prozodie, znělost, artikulace i rytmus.

U závažnějších poruch doporučuje rozvíjet nejprve primární hybnost, která tvoří podklad pro vyšší motorické funkce. Na závěr zdůrazňuje nezbytnost současného nácviku formální i obsahové stránky řečového projevu.

Celou stimulací prostupuje šest zásad péče o jedince s DMO, jež byly uvedeny v předchozím textu. K takto sestavené péči se přikláním jako k představě komplexní terapie.

3. Mentální postižení (retardace - MR)

Mentální retardace je podle Pedagogického slovníku stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, jež vzniká v průběhu vývoje jedince. Projevuje se sníženou sociální přizpůsobivostí, omezenými možnostmi vzdělání či sníženou způsobilostí orientovat se v životním prostředí (Průcha a kol, 1998, In: Franiok, 2008).

Mentální postižení – „*lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií*“ (Valenta, Müller, 2007, str. 12).

V případě porovnání těchto vymezení bych se přiklonila ke druhému - autorů Valenty a Müllera. Jejich výklad považuji za komplexnější.

Klasifikace mentální retardace (podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, platná od roku 1992 v pojetí Švarcové, 2006):

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34

Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20

Jiná mentální retardace

Nespecifikovaná mentální retardace

Ve většině publikací se v klasifikacích neuvádí jiná a nespecifická mentální retardace.

Vzhledem k empirické části této práce nyní blíže rozvedu pouze dva stupně mentálního postižení (Švarcová, 2006):

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49

Výrazně opožděné a omezené oblasti chápání, řeči, pracovních schopností i soběstačnosti. Vzdělávání limitované schopnostmi dosahujícími na osvojení základů

trivia. V dospělosti nejsou jedinci s tímto stupněm mentálního postižení schopni zcela samostatného života. Podobná situace se opakuje v případě pracovního zapojení, kdy mohou pod odborným dohledem provádět jednoduchou, striktně strukturovanou manuální práci. Etiologie tohoto stupně již bývá organická. Stoupá výskyt přidružených chorob (neurologických onemocnění, epilepsie či tělesného postižení).

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34

Výrazné snížení všech schopností (motorických, kognitivních, komunikačních i soběstačnosti). Švarcová (2006) upozorňuje na přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje centrální nervové soustavy v souvislosti s poruchami motoriky nebo jiných přidružených chorob. Objevují se i „*časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, piky, sebepoškozování, afektů a agrese*“ (Valenta, Müller, 2007, str. 39).

Na základě tohoto výčtu si dokážeme vytvořit obraz takto znevýhodněného jedince. V návaznosti pak dochází k tvorbě celkové stimulace a podpory.

3. 1. Symptomatologie mentálního postižení

Symptomatologie závisí především na hloubce mentálního postižení. Obecně se vyskytují potíže v řeči a to ve všech jazykových rovinách. K tomu se při organickém původu mentálního postižení přidružují i poruchy pozornosti, aktivity a nerovnoměrnosti dílčích schopností (Škodová, 2007). Další příznaky nacházíme v oblasti chování (většinou nepřiměřenému k věku jedince) či frekventovanějším výskytem psychických poruch (deprese, útlum...).

Švarcová (2006), Valenta, Müller (2007) i Rubinšteinová (1986) se shodují v symptomatologii, kterou uvádějí pod označením zvláštnosti či specifika osob s mentálním postižením. Škodová (2007), Švarcová (2006) zdůrazňují jejich značnou variabilitu a individuálnost. Oblast řeči řadí Rubinšteinová (1986), Valenta, Müller (2007) do myšlení. Podobně se vyjadřuje Lechta (2008), který udává její těsnou souvislost s myšlením, kdy podle Vygotského (Vygotský, 1971, In: Lechta, 2008) cca ve dvou letech života dochází k protnutí odlišných vývojových kořenů obou oblastí. Na tomto základě se myšlení stává verbálním a řeč intelektuální.

Smyslové percepce

Tvoří podstatu bezprostředního poznávání. Patří sem oblast počitků a vjemů především zrakového a sluchového analyzátoru. Tyto oblasti se podle Rubinšteinové (1986) rozvíjejí u osob s mentálním postižením pomaleji, s mnohými odlišnostmi a nedostatky. Dále je specifikuje takto:

- Zpomalený a zúžený rozsah zrakového vnímání (např. Potřebují delší časový úsek při poznávání kreseb známých předmětů. To, co vidí ostatní lidé současně, oni vnímají postupně. Dochází tak k dezorientaci.)
- Nediferencují jednotlivé znaky (např. Chybné rozlišování podobných předmětů. Potíže v hodnocení rozdílů stejné x jiné, poznávání barev ...)
- Nedokonalá aktivita vnímání – inaktivita. Dochází k nepřesnému vnímání předmětů, tvarů, obrázků. Neprohlíží je do detailu – např. tužka je tužka (ne tlustá, dlouhá, zelená, kulatá...). *„Neumějí se odpoutat od výrazných a poutavých stránek vnímaného objektu, které jsou v daném okamžiku nepotřebné“ (Rubinšteinová, 1986, str. 124)*
- Chybná koordinace pohybů – jsou nepřesné. Ovlivněno proprioceptivním analyzátozem.
- Zhoršená schopnost hmatového vnímání (ve výchozích oblastech – objem....)
- Nedostačující orientace v prostoru a čase
- Sluchové vnímání – omezení v oblasti rozlišování fonémů a rozpoznávání zvuků

„Nedokonalé počitky a vjemy jsou právě těmi základními symptomy, které brzdí, zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení“ (Rubinšteinová, 1986, str. 126).

Myšlení

Pro osoby s mentálním postižením je charakteristické především konkrétní myšlení (např. šaty přiřadí ke skříni nikoliv k šatům). To značí potíže se zobecňováním, abstrakcí i analýzou a syntézou. Nedůslednost myšlení poukazuje na nekritičnost

v usuzování, kdy nedochází k pochybnostem o správnosti náhlé domněnky, tudíž závěry často bývají nepřesné. „*Nedostatek názorných a sluchových představ, velmi omezená zkušenost z her, malá znalost zacházení s předměty a hlavně špatný rozvoj řeči zbavují dítě té nezbytné základny, na níž se má rozvíjet myšlení*“ (Rubinšteinová, 1986, str. 141).

Myšlení úzce souvisí s řečí, pomocí které myšlenky vyjadřujeme. Těmto potížím se věnuje část popisující řečové a komunikační dovednosti.

Paměť

Podobně jako v předchozí oblasti i paměť u daných jedinců vykazuje určité zvláštnosti. Mezi ně řadíme především pomalé osvojování nových poznatků (dané pomalým vytvářením podmíněných spojů), k němuž dochází až po několikanásobném opakování. Sovák (Sovák, 1980, In: Lechta, 2008) uvádí až 100 - 300x častěji než u běžné populace. Na druhou stranu rychle zapomínají již naučené a nepřesně si vybavují poznatky. Pro oblast úmyslného zapamatování je typické soustředění pozornosti na jednotlivá slova či věty, kdy smysl celku uniká. Jak dodává Valenta, Müller (2007) u osob s mentálním postižením dochází k nepřesnému třídění paměťových stop, převládá mechanická paměť. „*Stím souvisí i velký eidetismus představ, jež má prvosignální charakter a znemožňuje z vnímaného vyčlenit to podstatné*“ (Valenta, Müller, 2007, str. 37).

Vzhledem ke skutečnosti potíží s abstraktními verbálními výklady je důležité vkládat do výuky multisenzoriální přístupy, které umožní jedincům vnímání všemi smysly.

Pozornost

Psychologický slovník ji popisuje jako „*zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt nebo děj*“ (Hartl, 1996, str. 152). Pozornost se dále dělí na bezděčnou (pasivní) – náhodná (zvuk...) a záměrnou (aktivní) – úmyslné, vůlí ovlivněné zapojení za účelem splnění nějakého cíle.

Pozornost jako taková je u jedinců s mentálním postižením krátkodobá. Musíme brát v úvahu také zvýšenou unavitelnost či potíže v rozdělení pozornosti do více

činností. Z těchto důvodů je důležité prokládat aktivity spojené se soustředěním relaxací.

Motorika

Zahrnuje pohybové schopnosti jedince. Členíme ji na hrubou (pohyby celého těla), jemnou (pohyby ruky a malých svalů), oromotoriku (motorika mluvidel) – nejvyšší stupeň, jež je závislý na úrovni předchozích. U jedinců s mentálním postižením vždy souvisí se stupněm daného znevýhodnění. Projevuje se v oblastech obratnosti, koordinace, rychlosti (Přinosilová, 2006 In: Pipeková, 2006).

Volní vlastnosti

V chování a jednání se projevuje sugestibilita (snadno se nechají k nějakému činu přemluvit), agresivita či snížená iniciativa. Die Valenty, Müllera (2007) mají potíže v nerozhodnosti i nedostatku vůle. Švarcová (2006) přisuzuje všechny uváděné potíže projevům nezralé osobnosti. Krejčířová (Krejčířová, 1997, In: Škodová, Jedlička, 2007) upozorňuje na sociálně nepřiměřené chování vzhledem k věku. Časté stereotypní pohyby a další projevy, jež dlouhodobě přetrvávají. Jak dodává, příčinou toho bývají reakce na nepřiměřenou stimulaci (nedostatečnou x složitou a nesrozumitelnou).

Emoce

Podobně jako v předchozích oblastech jsou osoby s mentálním postižením schopni emoční sféru méně regulovat a řídit. Specifika typická pro dané jedince předkládá mezi jinými i Rubinšteinová (1986). Mluví o nedostatečné diferenciaci citů, kdy mají radost nebo pláčou. Jsou neadekvátní podnětům z okolí, což se projevuje v častém střídání nálad, povrchním či intenzivním vnímáním a s tím související reakcí (negativismus). Často u nich nacházíme egocentrické emoce, jejichž spojení s hodnotícími soudy bývá pozitivně laděno na stranu lidí pro mentálně postiženého příjemných. V neposlední řadě je nutné poukázat na skutečnost obcházení intelektu ve prospěch citů, což vede k afektivnímu chování. Švarcová (2006) předkládá emoce jako podstatný faktor ve vývoji osob s mentálním postižením. Dále upozorňuje na možnost vzniku emoční deprivace. Tu spojuje s dlouhodobým pobytem v ústavech či dětských domovech.

Škodová (2007) doplňuje tento výčet o psychické poruchy (poruchy spánku, útlum, úzkost...).

Z mého pohledu jsou příznaky osob s mentálním postižením popisovány komplexně. Většina autorů je předkládá identicky. V souvislosti s možnostmi vzdělávání jsou prezentována Švarcovou (2006).

Řečové a komunikační dovednosti

Tuto oblast bych ráda uvedla výrokem autorů Boudzia a Vately (1996): *„Jestliže postižené děti neprožijí a nepocítí, že mohou svým jednáním a později řečí něčeho dosáhnout, nezíská pro ně řeč žádný význam a něčemu bezvýznamnému nemá cenu se učit“* (Boudzio, Vatera, 1996, str. 14).

Ten se váže k preverbálnímu vývojovému období, kdy je nutné dítě podporovat v jednotlivých zvukových projevech a reagovat i na nejmenší z nich. Jedině tak dochází k rozpoznání významu aktivity (přivolání pomoci, upoutání pozornosti...).

Řečový projev je u jedinců s mentálním postižením ovlivněn ve všech jazykových rovinách. Nyní se pokusím o specifikaci disproporcí v jednotlivých rovinách.

Lexikálně - sémantická rovina

Omezená až extrémně chudá slovní zásoba souvisí především se stupněm mentálního postižení. Projevuje se nepoměr mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, jež je výrazně vyšší. Většinu slov znají – jsou obsahem pasivního slovníku, ale nepoužívají je aktivně. V řeči jsou málo frekventovaná slova vyjadřující vlastnosti a kvalitu předmětů - přídavná jména (adjektiva). Na druhou stranu více využívají podstatná jména (substantiva) a slovesa (verba).

Děj sémantizace bývá určován častějším používáním jednoho názvu pro předměty podobné i nepodobné. Generalizace jim zůstává povětšinou skryta. Požár (1984) tuto realitu shrnuje takto: *„Ještě ve školních letech si mentálně retardovaní žáci vytvářejí formy řeči, dominující u 3 – 4 letých intaktních dětí, zejména situační řeč, která plně nevystihuje obsah myšlenky, a proto je srozumitelná jen pro toho, kdo situaci*

zná. Používají velký počet nevýznamových slov oproti relativně menšímu počtu slov významových“ (Požár, 1984, In: Lechta, 2008, str. 83).

Morfologicko - syntaktická rovina

Tato rovina je opětovně úzce vázána na stupeň snížení intelektu. Sovák (1981a) uvádí skutečnost, že „gramatické formy jazyka zvládne jen mentálně retardované dítě s lehčím stupněm postižení. Ale i v lehčích případech můžeme často pozorovat dysgramatismus“ (Sovák, 1981a, In: Lechta, 2008, str. 83). Komunikace dlouho probíhá na úrovni jednoslovných vět. Seeman (Seemen, 1955, In: Lechta, 2008) udává věkovou hranici u těžších forem 6 - 8 let a 3 - 4 roky u lehčích oproti intaktním dětem, které jednoslovné věty pronášejí kolem 1. roku života. Produkce je ovšem agramatická. Vedlejší věty tvoří nejdříve kolem 5. roku.

V morfologii, jak již víme z předcházející části, používají mentálně postižení v řečovém projevu nejčastěji substantiva následovaná verby. Zřídka adjektiva, adverbia (příslovce) či pronomia (zájmena) – (Subosits, 1972, In: Lechta, 2008). Potíže nastávají i v případě aplikace příčinně – důsledkových spojek (protože, ačkoli). V průběhu dokončování vět s těmito spojkami selhávají. Tuto skutečnost vysvětluje Lechta (2008) jako nedostatek v chápání kauzality.

Foneticko – fonologická rovina

V této oblasti si musíme uvědomit fakt, že řečový vývoj u dětí s mentálním postižením začíná mnohem později. Skutečnost uvádějící řečové počátky do časového horizontu, kdy jejich intaktní vrstevníci pomalu zakončují tento vývoj, předurčuje nutné zaostávání za normou. Jak píše Lechta (2008) mají tito jedinci méně časového prostoru na osvojení i zautomatizování koordinace artikulačních orgánů. Další překážky v podobě např. motorické neobratnosti, podporují nevýhodnou výchozí pozici. Obecně lze říci, že u daných osob přetrvávají nedostatky v průběhu fixace hlásek, který se posouvá až do školního věku. Škodová (2007) udává narušení nejen výslovnosti, ale také modulačních faktorů řeči (rytmus, melodie...).

Pragmatická rovina

Potíže v této oblasti jsou závislé na stupni sníženého intelektu v souvislosti s provedením, chápáním a reagováním jedince v komunikační situaci. Problémy činí i přidružená postižení (DMO...), která znásobují limitaci mentálně postiženého jedince.

V podstatě jako jediní se hlouběji zabývali symptomy v řečové oblasti pouze Lechta (2008) a Škodová (2007). Švarcová (2006) poskytuje jen stručný popis řeči a komunikace bez rozdělení do jednotlivých jazykových rovin. Charakteristiku tudíž udává dle hloubky mentálního postižení. Pro celkovou představu o komunikačních dovednostech je však podle mého názoru dostačující.

Poruchy řeči

Častější výskyt poruch řeči u dané skupiny osob se odvíjí od stupně snížení intelektu. Současně s těžším postižením dochází k hojnějšímu výskytu kombinací několika poruch, přičemž hranice mezi nimi ztrácejí na ostrosti (prolínají se). Vzniká tak neobvyklá kategorie řečových poruch, jež se nevyskytuje u intaktních vrstevníků (Lechta, 2008). Nejčastějšími poruchami vyskytujícími u mentálně postižených jsou (Lechta, 2008):

- Dyslalie
- Huhňavost
- Breptavost
- Koktavost
- Dysartrie
- Dětský autismus – patří do oblasti symptomatických poruch řeči. Autor ji zde uvádí nejspíše v souvislosti s častým výskytem mentální retardace a dětského autismu.
- Další projevy – echolálie, dysprozodie, poruchy hlasu...

Poruchy řeči uvádí ve své publikaci i Klenková (2006), jež vynechává dětský autismus. Sovák (1980) uvádí pouze dyslálii, dysartrii a huhňavost. Pro další podrobnější popis odkazuje na svou publikaci z roku 1947.

3. 2. Diagnostika mentální retardace

Proces diagnostiky vychází z neuropsychologického profilu. Dítě by se mělo hodnotit ve všech oblastech, tj. psychologické, sociální a biologické. Vyšetření provádí klinický psycholog a postihuje nejen současnou vývojovou úroveň, ale i prognózu dalšího vývoje.

Dle Škodové (Škodová, Jedlička, 2007, str. 397) psychologické vyšetření obsahuje:

- *Stanovení pásma intelektové úrovně*
- *Popis percepčních a senzorických schopností dítěte (přijímání podnětů a jejich zpracování)*
- *Vizuoprostorové a konstrukční schopnosti, paměť, pozornost*
- *Dynamické aspekty vývoje (jakým způsobem se dítě učí, kterých smyslů pro učení nejlépe využívá, co jej nejvíce motivuje)*
- *Způsob navazování sociálních vztahů*
- *Způsoby zvládání náročných situací*
- *Charakteristiku sebepojetí dítěte*

Vyšetření řeči a pohybových schopností (koordinace, síla, rychlost...), jak dále udává Škodová (2007), je součástí psychologické diagnostiky. Většina klinických logopedů jej však provádí samostatně.

Vyšetření zahrnuje - dle schopnosti klienta spolupracovat (Škodová, Jedlička, 2007, str. 398):

- *Vyšetření rozumění řeči*
- *Vyšetření obsahové stránky řeči (úroveň pasivní i aktivní slovní zásoby a schopnost využít ji adekvátně jejímu obsahu v komunikaci)*

- *Vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace)*
- *Zhodnocení úrovně prozodických faktorů řeči*
- *Zhodnocení možností a schopností neverbální komunikace (ke kompenzaci těžkých poruch komunikace)*

Z hlediska celistvosti je vyšetření řeči a pohybových schopností úplné.

Pokud jedinec nespolupracuje či spolupráce není schopen, určuje klinický logoped vývojovou úroveň komunikačních schopností orientačně - na základě pozorování i podrobné anamnézy (Škodová, 2007).

Podle Švarcové (2006) se v průběhu posuzování jedince sledují tyto oblasti: tělesný vývoj jedince, současný i minulý zdravotní stav, sluchová a zraková percepce, rozumové schopnosti, hmat, motorika, grafomotorika, kinestetické vnímání, pravolevá a prostorová orientace, hmat, úroveň komunikace, motivace, paměť, řeč, temperament, zájmy, sebepojetí, emoce a další.

Dolejší (Dolejší, 1978, In: Švarcová, 2006) udává, že diagnostika není otázkou pouze inteligenčního testování. Důležitou součástí se stává využití souboru zkoušek, detailní vyšetření osobnosti i chování jedince, vyhodnocení emočních a deprivčních faktorů, anamnézy atd.

Podobně jako ostatní autoři se i Sovák (1978) shoduje s orientačním vnímáním hodnoty inteligence. Vyšetření řeči zakládá na obsahové i formální stránce. Logoped se zaměřuje na vývojové stupně řeči z pohledu osvojení či ustrnutí. Dále upozorňuje na nutnost odlišit nápodobu od dovednosti využití analogizace čili transferu.

Na závěr lze zhodnotit dané diagnostické postupy. Za podstatné považují autoři propojení psychologického a logopedického vyšetření. Logopedickým posuzováním komunikačních dovedností se širěji zabývali pouze Sovák (1978) se Škodovou (2007). Švarcová (2006) zmiňuje i pedagogicko – psychologickou diagnostiku, jež provádí pedagogicko – psychologické poradny či speciálně – pedagogická centra. V této souvislosti hovoří o kazuistickém přístupu a podílení se na diagnostice samotnými rodiči.

3. 3. Možnosti stimulace a logopedická terapie osob s mentálním postižením

Možnosti stimulace komunikačně řečových dovedností

Potenciál rozvoje u osob s mentálním postižením je podmíněn schopnostmi, které jsou úzce spjaty se základní diagnózou a jejími následky. Tímto dochází k limitaci možností vlastní stimulace. Tu lze provádět za podpory experimentace, stimulace a imitace.

Experimentace – „Nahodilá, nepředvídatelná analyticko – syntetická aktivita, založená na zkusmých nekoordinovaných pohybech s tendencí opakování pohybů na základě pokusu a omylu, která je důležitá pro vytváření podmíněných reflexů“ (Lechta, 2008, str. 87). Podle Sováka (1980) je nutné pohyby u mentálně postižených opakovat 100 – 300x. Na rozdíl od intaktních jedinců, kde pro vytvoření podmíněného spoje stačí 1 – 2x (Sovák, 1980, In: Lechta, 2008).

Stimulace – vychází z podpory nejbližšího okolí. U mentálně postižených na ni musíme nahlížet ze dvou úhlů. První souvisí se samotným mentálně znevýhodněným jedincem, který vzhledem ke svým specifickým zvláštnostem, může nevhodně reagovat na hlasovou stimulaci. Druhý naopak závisí na postojích rodiny těchto osob. Bohužel často bývá negativní.

Imitace – jak uvádí Lechta (2008) schopnost napodobování je u osob s mentálním postižením často omezená. Někteří nejeví o nápodobu zájem. Matulay (1986) k tomu dodává: „Nie je priaznivým znakom, ak retardované deti nikdy neprejavia záujem imitovať druhých alebo učiť sa z pozorovania. Jednoduchšie neverbálne správanie treba stupňovať imitovaním správania v rozličných situáciách a v rôznom rozpoložení mysle. Pre reč je však dôležité napodobňovanie zvukov a pohybov úst ako čiastkového výkonu, pravda, popri systematickom cvičení celej motoriky“ (Matulay, 1986, str. 219).

Logopedická terapie

Logopedická péče vyplývá především z formy, typu a stupně mentálního postižení. Souvislost je tudíž patrná ve vztahu mezi řečí a myšlením. Lechta (2008) uvádí nutnost zohlednění sekundárních až terciálních poškození, na něž mají vliv

i redukované možnosti pedagogicko – psychologického působení prostřednictvím řeči. Včasná a komplexní logopedická péče u daných osob potvrzuje tezi Vygotského. „Navrhuje odlišovat základní (jádrové) znaky mentální retardace od sekundárních a terciálních nastavení“ (Učeň, 1980, In: Lechta, 2008, str. 95).

Zásady využívané v péči o jedince s mentálním postižením předkládané Klenkovou (2006, str. 202):

- Imitace přirozeného vývoje – provést vyšetření s cílem zjištění vývojového stadia řeči a od toho postupovat v souladu zásady vývojovosti.
- V péči není podstatný chronologický věk, ale verbální (mentální). Z těchto důvodů nebývá na počátku péče soustředěna na výslovnost, ale na rozvoj slovní zásoby (pasivní, dle možností i aktivní). Rozvíjíme tedy nejprve obsahovou stránku řeči a poté formální.
- Zásada výstavby řeči – postup od základního řečového materiálu (hlasu), přes významové zvuky až k tvorbě pojmů (Sovák 1974, In: Klenková, 2006). Péči odvíjíme od stupně řeči, který je jedincem bezpečně dosažen. Cílem není dosažení vyššího stupně za každou cenu, ale toho, na něž má mentální schopnosti.
- Rozvíjí se motorika, sluchová percepce, schopnost fonematické diferenciaci, využívá se pasivních a posléze aktivních cvičení motoriky artikulačního aparátu (masáže, hlazení, foukání, motorika jazyka a rtů...).
- Zásada rytimizace – stimulace pomocí spojení hudby, zpěvu a pohybu.
- Zásada názornosti – využívání názorných pomůcek (obrázky....). Důležité pro mechanické opakování. Cvičení aplikujeme formou hry.
- Správný řečový vzor – klidná, srozumitelná mluva, pronášená v náležitém tempu a odpovídající jazykové normě.
- Aktivitu přizpůsobovat individuálním potřebám, zájmům, citům jedinců.
- Vědomé navození situací, jež tyto osoby podporují k řeči.

- Dle možností využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace.

Lechta (2008) tento výčet doplňuje o medikamentózní terapii. Ty nacházíme v těžších případech, kdy napomáhají k lepší spolupráci - působí na řeč nepřímo. Dále rozvíjí zásadu výstavby řeči na základě Fröhlichova doporučení aplikovat na nejnižším stupni „*tzv. somatický dialog (lidské tělo jako prostředek dorozumívání, vyjadřování pocitů a přání pohybem, napětím svalů, dýcháním atd.) a bazální komunikaci (se zdůrazněním dýchání a zejména hlasové vibrace – tzv. brumenda a podobných vibračních zvuků na vyjádření pocitů a potřeb)*“ – (Fröhlich, 1995, In: Lechta, 2008, str. 96).

Škodová (2007) rozděluje logopedickou péči především podle stupně mentálního postižení. Vzhledem k empirické části se nyní budu zabývat pouze terapií u mentální retardace (MR) těžké a středně těžké.

Těžký stupeň MR slučuje s hlubokým. Terapii zaměřuje na nácvik neverbálních a alternativních komunikačních systémů.

Středně těžký stupeň MR – terapie vedena k rozšiřování aktivní slovní zásoby v souvislosti s rozvojem obsahové stránky řeči. Nácvik motorických a dalších dovedností, jež těsně souvisí s řečí. U některých jedinců lze v péči využít nápodobu. Terapie je tudíž prováděna tak, aby se maximálně rozvíjeli komunikační dovednosti. Nikoli k úplné úpravě mluvené řeči.

Sovák (1978) řadí do komplexní péče pravidelná tělesná cvičení ve spojení s mluvními projevy. Tyto dovednosti jsou rozvíjeny pomocí her s předem určeným cílem. Zde je vhodné doplnit údaj uvedený v experimentaci týkající se nutnosti opakování pro vytvoření podmíněného spoje (100 – 300 x oproti 1 – 2 x v intaktní populaci). Dále považuje za podstatné provázat lékařskou a rodinnou péči. V péči je podstatné dodržovat zásady výstavby řeči. „*Projevové zvuky se kombinují s pohybem a spojují s významem. Z významových zvuků se postupně vytvářejí mluvní zvuky až slova. Je důležitá správná a nenásilná stimulace, využití napodobovacího pudu a zvláště vazba na názor, na konkrétní. Postupuje se od jednoduchého ke složitějšímu, úměrně k rozumovým schopnostem dítěte*“ (Sovák, 1978, str. 403).

Celkově bych shrnula Sovákovu terapii do několika zásad:

- Zásada vývojovosti
- Zásada kladení důrazu na verbální nikoli kalendářní věk
- Zásada výstavby řeči
- Zásada somatického dialogu
- Zásada motivace hrou a cíle
- Zásada správné a nenásilné stimulace

Z daného lze vyvodit, že v možnostech logopedické terapie nedochází k výraznému posunu od dob péče Sováka. Ten do ní nezahrnuje pouze metody alternativní a augmentativní komunikace. Nejpřehledněji a nejkompexněji je z mého pohledu řazena péče Klenkové, jež jak je na první pohled patrné, vychází z poznatků prvně jmenovaného autora. Škodová (2007) terapii popisuje poměrně stroze bez dalšího vnitřního dělení stimulovaných oblastí. Za podstatné ale považuji její upozornění na hrubou chybu v terapii, kdy dochází k úpravě artikulace bez dostatečně velké základny slovní zásoby a porozumění obsahu slov.

V terapii považuji za důležité využití metod komentování, tj. „self talking (komentujeme aktuální dění, jednání, situace, v nichž se jedinec nachází) a „parallel talking (verbalizace momentálního jednání a pocitů jedince).

Na závěr pokládám za podstatné uvést tvrzení Böhma (1976), že „*kritický věk, tj. nejpozdější věk pro osvojení řeči u dětí s mentální retardací, je věk kolem 14 let*“ (Böhme, 1976, In: Lechta, 2008, str. 98).

4. Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je uplatňována v péči o osoby s těžkým (mentálním, smyslovým, tělesným) nebo kombinovaným postižením, kde usiluje o kompenzaci potíží především v oblasti dorozumívání. Její systémy jsou využívány u jedinců, kteří nejsou schopni v průběhu komunikace používat verbální metodu, mají potíže se srozumitelností vlastního vyjadřování či s nápadným omezením řeči.

Systémy augmentativní komunikace přispívají ke zlepšení již existujících komunikačních schopností, které ovšem bývají nedostatečné v situacích běžného sdělování. Krahulcová (2003) je řadí do dynamických celků, při nichž klient aktivně volí komunikační nástroj.

Systémy alternativní komunikace slouží k nahrazení mluvené řeči. Využívají se hlavně u osob, u nichž není předpoklad pro rozvoj komunikačních schopností.

Jak píše Laudová (2007): *„Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci“* (Laudová, 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007, str. 565).

Komunikace pomocí symbolů nebo znaků umožňuje postiženým vyjádřit své pocity, přání vhodným pro ostatní jedince přístupným způsobem, zapojit se do aktivit (konverzace...) společnosti a tudíž přispívá k eliminaci deprese plynoucí z dané problematiky. Variabilita postižení osob využívajících tyto formy podpory bývá široká. Obdobně jako jejich věkové rozhraní. Z daného vyplývá nutnost požadavku flexibility a různorodosti těchto soustav (metody vyžadující pomůcky a nevyžadující pomůcky).

S rozvojem techniky dochází k postupnému zapojení odpovídajících pomůcek i v alternativních a augmentativních systémech. S jejich podporou může prakticky nehybná nebo jinak postižená osoba pomocí speciálních zařízení, např. velkoplošná tlačítka, ovládání počítače dechové, světelné či hlasové, obsluhovat počítač.

V dnešním pojetí členíme metody alternativní a augmentativní komunikace takto (Laudová, 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007):

1. techniky nevyžadující pomůcky - nonverbální prostředky - gesta, mimika, držení těla, modulace hlasu...

- manuální znaky a systémy - prstová abeceda, daktylografie, Hand – Mund systém, Chirografie, Cued speech, znakový jazyk, znakovaná čeština, metoda Tadoma, znakování klíčových slov, Lormova abeceda a další.

2. techniky vyžadující pomůcky: a) netechnické - prosté nástroje bez hlasového výstupu

b) technické - elektronické pomůcky určené k jednomu záměru (často mají více výstupů – hlasový, obrázky, písmo, symboly...)

- počítač - upravení dle individuálních potřeb klienta se speciálním softwarem

4. 1. Metody alternativní a augmentativní komunikace

V této kapitole uvádím u nás známé a dle možností používané metody, které popisují ve svých publikacích autoři Laudová (2007), Klenková (2006), Valenta, Müller (2007), Kubová (1999, 1997, 1996) a Krahulcová (2003). V jejich pojetích nedochází k rozdílné interpretaci této oblasti. Z přehledného popisu jednotlivých metod včetně základních principů, lze vyvodit vhodnost jejich využití s ohledem na individuální potřeby daného jedince. Dalším kritériem uplatňujícím se ve volbě jsou parametry uživatele (porozumění řeči, motorika, motivace, chování...) i komunikačního systému (srozumitelnost pro uživatele i okolí, rychlost, dostupnost, flexibilita...). U mentálně postižených samozřejmě zohledňujeme stupeň abstrakce v souvislosti s úrovní kognitivních schopností.

Trojrozměrné symboly

Bývají zastoupeny předměty, jejich částmi či zmenšeninami, které lze vnímat nejen zrakově, ale i haptickou cestou. Tyto předměty reprezentují současně

pojmenování reálných předmětů i různé aktivity (boty - symbol pro reálný předmět i vycházku...). Tato metoda nemůže symboly předkládat jako abstraktní pojmy.

Fotografie

Dvojrozměrné znázornění pro jedince jasněji chápatelné než např. obrázky. Snímky mohou být barevné i černobílé. Nafocení známých osob, předmětů či činnosti docílíme větší motivovanosti jednotlivce. Jejich použití bývá předstupněm pro zařazení abstraktních celků.

Bliss symboly

Systém vytvořil Charles Bliss z důvodu snahy jednotného grafického jazykového kódu pro dorozumívání mezi národy. Grafické symboly se skládají ze základní složky geometrických tvarů (cca 100 symbolů), které se dále kombinují a tak rozšiřují slovní zásobu. Tato metoda se úspěšně použila v 70. letech minulého století v Kanadě. Její aplikace směřovala do okruhu osob s dětskou mozkovou obrnou. V tomto systémovém celku jsou obsaženy konkrétní i abstraktní pojmy. Právě vysoká úroveň abstrakce je podle Valenty, Müllera (2007) vhodná pro jedince s odpovídajícím stupněm mentálního vývoje. Proto je třeba pečlivě volit možnost jejího využití u osob s těžkým mentálním postižením.

Picture Communication Symbols (PCS)

Systém navržen logopedkou Roxanou Johnson. Obsahově velmi obšírný (cca 3000 pojmů), z pohledu reality bývají konkrétnější než systém piktogramů. Soubor zahrnuje barevné i černobílé zobrazení jednotlivých pojmů i celých sdělení. Laudovou (2007) je uváděna skutečnost, „že barevné symboly PCS rozeznávají již 18 měsíční děti“ (Laudová, 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007).

Piktogramy

Systém černobílých symbolů, které lze používat různými způsoby. Dle celků mohou být seřazeny do určitých souborů (rodina, škola, oblečení...). Vhodnou variantou pro lepší orientaci je jejich barevné vykreslení. Tento systém se vyznačuje konkrétním vyjádřením určitého pojmu či činnosti na jednotlivých obrázcích. Toto

řešení napomáhá snadnějšímu zapamatování. Podobně je vnímán Kubovou (1996): „Každý piktogram zahrnuje jeden věcný význam a zpodobňuje ho bez vazby na řeč“ (Kubová, 1996, str. 26). Práci s piktogramy vhodně doplňujeme orální řečí, znakováním. V počátcích dbáme na kvalitu pochopení symbolu klientem nikoli na kvantitu. Pochopení významu napomáhá i spojení piktogramu s fotografií, obrázkem nebo reálným předmětem.

Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS neboli The Picture Exchange Communication Systém – PECS

Soubor vznikl ve Spojených státech (USA). U nás modifikován Mgr. M. Knapcovou. Systém je rozdělen do několika lekcí. Jedinec začíná motivační výměnou obrázku za požadovaný předmět. Dále diferencuje daný obrázek, tvoří tabulky s odnímatelnými obrázky a končí sestavováním smysluplných vět na větném proužku (Valenta, Müller, 2007).

Sama Knapcová k tomu dodává: „Klíčem k úspěšnému používání VOKS není otázka, co používat, ale jak to používat“ (Knapcová, Speciální pedagogika, 2003, roč. 13, č. 3, str. 203).

Makaton

Jazykový program, jehož tvůrci Margaret Walker (logoped), Kathy Johnston, Tony Cornforthem (psychiatři konzultanté) jej připravili a ověřili u skupiny dětí s mentálním postižením a autismem, které slyší, ale v komunikaci nepoužívají verbální řeč a mají problémy s chápáním jejího významového obsahu. Těžiště tohoto programu spočívá v uplatňování pevně daných znaků podporovaných orální řečí a symboly. Znak Makaton vychází ze znakového jazyka neslyšících. Naproti tomu symboly dovolují aplikovat kombinované vícesmyslové pojetí.

Velká výhoda systému Makaton spočívá v možnosti znakovat pouze klíčová slova – nikoliv každé slovo. Celý slovník zahrnuje zhruba 350 znaků. Ty třídíme do osmi skupin, podle náročnosti a individuálních schopností jedince. Po dosažení hranice schopností, bývá slovník kompletní a umožňuje ucelenou komunikaci.

Znak do řeči

Systém znaků, které jsou vždy doplněny orální řečí. Toto pojetí předkládá daný soubor jako doplněk verbální komunikace nikoliv její náhradu. Jeho jádro tvoří mimika, řeč těla a běžná gesta, která usnadňují jedincům proces dorozumívání, jež se pro ně stává dostupnějším. Velmi pozitivní skutečnost spatřuji v možnosti upravení jednotlivých gest podle individuálních potřeb a schopností konkrétních osob.

Kubová (1999) zdůrazňuje nutnost vzít na vědomí cíl této činnosti, tj. *„rozvoj komunikačních dovedností, nikoliv pouze zvládnutí mnoha znaků. Znak se během používání stávají nejen prostředkem komunikace, ale často dochází i k pokroku ve vývoji mluvené řeči“* (Kubová, 1999, str. 6).

Znak do řeči se u nás začal pomalu rozvíjet na základě kladných zkušeností s jeho užíváním ve skandinávských zemích. Kubová (1999) popisuje několik důvodů vedoucích k úspěšnosti dané metody v Dánsku:

- Snadnější motorika – použití znaků se stává jednodušším než mluvená řeč. Do komunikace tak jedinec zapojuje různé svalové skupiny. Tímto způsobem dochází k rozvoji motoriky a současné stimulaci řeči. *„Děti bez motorického postižení mají lepší možnosti pro používání znaku do řeči, ovšem i děti se špatnou motorikou se mohou znaky naučit“* (Kubová, 1999, str. 6).
- Včasný kontakt s řečí těla – na základě řeči těla vznikají různé znaky užívané v domácím prostředí. Na tyto soubory znak do řeči navazuje takovým způsobem, aby byl jedinec schopen vyjádřit své pocity, přání a tak se dorozumět i s neznámým okolím.
- Pozitivní komunikační prostředí – vzniká podporou jakýchkoliv snah o vyjádření znaku. Tato podpora zajišťuje motivaci konkrétních osob a zahajuje počáteční fázi oboustranné komunikace.
- Komunikační úspěch – klient prožívá v případě uskutečněné pozitivní reakce na gesto, kterým popíše nějakou aktivitu, potřebu, předmět

- Zviditelnění – znak do řeči je aplikován k vizuální percepci, tudíž je viditelný, lépe zapamatovatelný a srozumitelný.
- Lepší úroveň řeči – znak do řeči se převážně užívá pro nejdůležitější slovo. Nedochází tak k rozvíjení dlouhých nesrozumitelných vět. V souvislosti s motorickým vyjádřením znaku řeč zpomaluje a přizpůsobuje se tak schopnostem i možnostem klienta.
- Rytmus řeči a znaku – zpočátku užívání dané metody modifikujeme verbální řeč s ohledem na časový interval nutný pro uplatnění znaku. Takto nacvičujeme artikulaci, jíž napomáháme současným vykonáním znaku i zvuku. V dalších fázích respektujeme rytmus a rychlost řeči.
- Znak je ilustrativní – ilustrativností v tomto bodě je myšlena konkrétní podoba znaku v souvislosti s abstraktností.

Facilitovaná metoda

Metoda pochází ze 70 let 20. století. Autorkou techniky je Rosemary Crosley. Jádrem komunikace se v tomto případě stává podpora jedince facilitátorem. Pomoc je poskytována držením ruky znevýhodněné osoby, kdy facilitátor současně zajišťuje stimulaci pohybu ruky i zpětnou vazbu klienta. Postupem času klesá podpora facilitátora a jeho dotyk stoupá směrem vzhůru k rameni. Poslední fáze nácviku spočívá v pouhé přítomnosti facilitátora v místnosti při komunikačním aktu - bez jakéhokoliv dotykového kontaktu.

Ke komunikaci prostřednictvím této metody dochází s použitím počítače či tabulek s abecedou. Jednotlivá písmena jedinec píše na klávesnici nebo ukazuje.

Krahulcová (2003) předkládá možný návrh tabulky vhodné při aplikaci komunikace pomocí facilitované techniky:

Tabulka č. 1: Tabulka pro aplikaci facilitované techniky

(Krahulcová, 2003, str. 263)

ANO	A	B	C	Č	D	NE
JEŠTĚ	E	E	F	G	H	DOST
KONEC	CH	I	J	K	L	PROBLÉM
POMOZ	M	N	O	P	R	!
→	R	S	Š	T	U	↓
NEPLATÍ	V	Y	Z	Z	.	?

Sociální čtení

Metoda uplatňující se především v dorozumívání osob s těžkým mentálním či kombinovaným znevýhodněním a jedinců nemluvících. Jak z daného pojetí vyplývá, mají tyto osoby značně omezené možnosti v průběhu volby komunikačních systémů.

„Sociální čtení je chápáno jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zraková znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se často objevují v okolním prostředí nebo v širším kontextu, aniž by byly využívány čtecí technické dovednosti. Sociální čtení chápeme tedy v tomto kontextu jako součást sociálního učení“ (Kubová, 1996, str. 33).

Globální čtení

Základ této techniky spočívá ve spojení obrazového znázornění pojmu s textovým označením jeho názvu. Metoda se aplikuje většinou u osob s mentálním znevýhodněním, které nejsou schopny uplatnit metodu analyticko – syntetickou.

„Jejím hlavním cílem je stimulovat rozvoj zrakového vnímání, verbálního myšlení, záměrné pozornosti a rozvoj komunikativních dovedností“ (Kubová, 1996, str. 37).

Technika se vyznačuje třemi základními metodickými principy (Kubová, 1996):

- Rozlišování a přiřazování identických obrázků (osoby vyhledávají druhý shodně zobrazený pojem)
- Vybírání, vyhledávání na slovní pokyn (dle pojmenování vyhledá jedinec daný obrázek)
- Pojmenování (vyhledá a samostatně pojmenuje obrázek)

Valenta, Müller (2007) řadí do systému alternativní a augmentativní komunikace i Dosa - metodu a SNOEZELEN. Podobně jako Klenková (2006), která v této oblasti zmiňuje Dosa – pohybovou komunikaci s popisem Kleina (1997) jako metodu sloužící „*k podpoře těžce postižených dětí prostřednictvím pohybové komunikace*“ (Klein, 1997, Klenková, 2007, str. 210).

Dosa – metoda

Vychází z komunikace pohybem uplatňované s ohledem na bazální přístupy, kdy je jedinec schopen vnímat a reagovat na okolní svět pouze prostřednictvím komunikace tělo k tělu.

Vzhledem ke specifičnosti této techniky musíme vytvořit vhodné prostředí, v němž se klient i ostatní kontaktní osoby (rodiče, vychovatelé, učitelé...) mohou nerušeně uvolnit. Bez splnění daných podmínek není možné uskutečnit tuto komunikaci s pozitivním výsledkem jak pro samotné hluboce mentálně postižené osoby, tak pro podílející se jedince.

Nejvhodnějším prostředím splňujícím tyto předpoklady se podle Valenty, Müllera (2007) jeví tzv. SNOEZELEN. „*Jedná se o od hluku izolovanou místnost s vodními lůžky (často i celou podlahou), s možností tlumeného a různobarevného osvětlení, s vodními varhanami, nastavitelnou hudbou i zvuky (mořský příboj, ptačí zpěv...) i nabídkou čichových vjemů (vůně moře, vůně lesa...)*“ (Valenta, Müller, 2007, str. 162).

5. Ucelená rehabilitace

Pojem ucelená rehabilitace vychází z definice rehabilitace, která má za cíl znovuoobnovení ztracených funkcí. Musíme si však uvědomit, že péče o osoby se zdravotním nespochívá pouze ve snaze o opětovné nabytí schopností ztracených nemocí (Dvořák, 1998). Podstatnou částí ucelené – komprehenzivní - rehabilitace jsou další složky péče, jež nespádají pouze do oblasti péče lékařské, ale současně tvoří zásadní díl v zařazení jedince do okolní společnosti. Jankovský (2001) ji z těchto důvodů definuje jako obor „*interdisciplinární*“.

V souladu s tímto postupuje i Votava, který se vyjádřil takto: „*O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý; tedy nemoc či postižení není možné plně odstranit*“ (Votava, 2005, str. 14).

Rozdělení ucelené rehabilitace:

1. rehabilitace léčebná
2. rehabilitace sociální
3. rehabilitace pracovní
4. rehabilitace pedagogická

Léčebná rehabilitace

Tuto rehabilitaci řadíme do péče zdravotníků. Jedná se především o navrácení funkce do původního stavu u osob po úrazech a podobně. Ovšem nelze opominout fakt, že některé úrazy zanechají následky trvalé či dlouhodobé. Od toho se odvíjí další komplexní péče, která by měla být sestavena podle individuálních potřeb určitého jedince.

Votava (2005) člení léčebnou rehabilitaci podle profesora Gogstadta na *vertikální* (dochází k znovuoobnovení funkční schopnosti) a *horizontální* (úprava je pouze částečná, zůstávají trvalé následky). Jankovský (2001) konstatuje, že dochází k propojení mezi léčebnou rehabilitací a vlastním léčením, „*v důsledku čehož mezi nimi nelze stanovit přesné hranice*“ (Jankovský, 2001, str. 17).

Z předchozího vyplývá skutečnost podílení se na péči o dané jedince pomocí týmové práce. Mezi spolupracující odborníky rehabilitačního týmu patří: rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog – neuropsycholog, klinický logoped, sociální pracovník, speciální pedagog (Votava, 2005).

Reflexní Vojtova metoda

Založena na aktivaci vrozených hybných programů. Tyto programy jsou složeny z různých typů pohybů - tzv. hybných či senzomotorických vzorců. Ve vlastní aktivaci fyzioterapeut propojuje základní polohové pozice, stimulační (spouštěvé) zóny, na něž působí pomocí tlakových podnětů a časový prostor stimulace s ohledem na věk klienta. Za normálních podmínek vede tato kombinace k postupnému vytváření hybného programu.

K omezení vrozených hybných programů dochází při poškození centrální nervové soustavy (CNS). Příčiny mohou být různé. Většinou je nacházíme v období před, v průběhu či těsně po porodu (nedostatek kyslíku...) nebo bývají důsledkem nehody postihující mozek či míchu. Vzhledem ke skutečnosti sníženého přenosu informací mezi neurony v CNS, dochází u takto postižených jedinců zvláště v 1. roce života ke stagnaci motorických schopností v souvislosti s pozvolnějším tělesným i duševním vývojem. Z těchto důvodů je důležitá včasná diagnostika a zahájení reflexní rehabilitace.

Z daného výčtu lze vyvodit cíle terapie. Heidi Orth (2009, str. 70) uvádí tyto:

- *Aktivovat a podporovat rehabilitační proces*
- *Vytvořit přístup k vrozeným hybným programům, které nejsou k dispozici*
- *A tím umožnit použití hybných vzorců ke vzpřímení, pohybu vpřed a k cílenému pohybu*
- *Umožnit diferencované vnímání těla*
- *Dosáhnout co největší možné samostatnosti dítěte/pacienta a lepší kvality jeho života*

Muzikoterapie

Je samostatná metoda, která využívá zvuk, hudbu a pohyb jako nástroj pro usnadnění řečových, motorických schopností, relaxace, interpersonálních vztahů či osobnostního rozvoje. Hudbou jsou tedy cíleně usměrňovány základní lidské potřeby (emocionální, kognitivní, sociální, duševní) a současně dochází ke zlepšení estetického citění jedince. V muzikoterapii jsou využívány různé hudební nástroje (Orffovy nástroje - bubínek, dřívka, činely, zvonkohry....), nástroje vyrobené samotnými klienty nebo nástroje vlastního těla (hlas, tleskání, dupání, pleskání, luskání).

Muzikoterapie vychází z různých oborů – medicínských, pedagogických i psychologických. V současném pojetí je považována za formu psychoterapie – muzikopsychoterapii (Wehle 2001, In: Pipeková, Vítková, 2001).

Metody aplikované v muzikoterapii lze dělit ze dvou hledisek:

1. dle aktivity klientů: a) receptivní – pasivní poslech, vnímání a prožívání hudby
b) aktivní – jedinec se aktivně zapojuje do terapie, např. hrou na hudební nástroje, zpěvem, rytmicko – pohybovými hrami
2. dle počtu příjemců: a) individuální
b) skupinovou

Psychomotorika

Tato terapie je založena na výchově pohybem. Vítková (Vítková 2001, str. 63, In: Seewald, 1997) uvádí, že pro termín psychomotorika použít čtyři různé možnosti vysvětlení:

- *Koncept podpory vývoje*
- *Pojem označující jednotu tělesných a duševních procesů*
- *Výzkum motoriky*
- *Vývojově orientovaný pojem*

Valenta, Müller (2007) charakterizují psychomotorickou terapii jako ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka za pomoci jeho tělesné aktivity.

V psychoterapii jsou využívány různé metody práce jako pohybové hry, tanec, jóga, improvizace, relaxace a další. Současně dochází k propojování s terapeutickými metodami, jež jsou orientovány na pohyb a tělo. Podle Raimitze (2001) *„je na podobné myšlenky založená senzorycká integrační terapie podle Ayersové, Fröhlichova bazální stimulace a cvičení smyslu podle Montessoriové“* (Raimitz, 2001, In: Pipeková, Vítková, 2001, str. 68).

Psychomotorickou terapii je důležité realizovat s ohledem na schopnosti jedince. Všímáme si pohybů, úchopů, držení těla, hlavy, způsobu chůze, kognitivních, sociálních funkcí Na základě tohoto pozorování volíme metody práce vedoucí k cílenému rozvoji.

Dramaterapie

„Umelecká a liečebno – výchovná metóda aplikovateľná v rámci individuálnej i skupinovej práce. Ide o úmyselné využívanie drámy a divadelných procesov, za účelom dosiahnutia terapeutických cieľov, ktorými sú symptómová úľava, emocionálna a fyzická integrácia a osobnostný rast“ (Majzlanová, 2001, In: Pipeková, Vítková, 2001, str. 100).

Dramaterapie se tedy užívá u osob s různými typy poruch či postižení. Valenta (Valenta, 2001, In: Vítková, 2001) uvádí, že nejpočetnější skupinou využívající metody dramaterapie, tvoří mentálně postižení jedinci společně s autisty. Na druhém konci pomyslných vah se nacházejí osoby s tělesným či smyslovým postižením (bez kombinace s mentální retardací).

Cíle i metody v dramaterapii jsou různorodé a vyplývají z potřeb, zkušeností a možností jednotlivých klientů. Nejčastěji uplatňovanou metodou je improvizace. S její pomocí jedinec pomalu získává nové zkušenosti s okolním světem, učí se řešit dané problémy. Postupně dochází k akceptaci sebe sama, emocionálnímu vnímání, zažívají pocit úspěchu, seberealizace atd. Všechny tyto skutečnosti vytvářejí příjemnou

atmosféru, jež vede k otevírání se člověka světu, kdy zažívá pocit jistoty, bezpečí, projevuje svou spontánnost, kreativitu, představivost.

Arteterapie

V arteterapii dochází k uplatnění výtvarné tvorby, na jejímž základě můžeme vyjádřit své pocity (zármutek, radost, úzkost, bolest...). V literatuře bývá často předkládána jako druh psychoterapie. Podle těchto výkladů ji můžeme považovat za činnost relaxační. Dostálová (Dostálová, 2001, In: Pipeková, Vítková, 2001) zdůrazňuje nutnost vnímat rozdíl mezi arteterapií a běžnou tvořivou činností. Odlišnost spočívá ve způsobu hodnocení výtvarného projevu. Posuzování v arteterapii se zakládá ve vlastní tvůrčí činnosti, nikoliv v uměleckém ocenění výtvarného díla.

Činnostní terapie

Cílená léčba prací (zaměstnáváním). Podobně jako u arteterapie se těžiště zájmu opírá o průběh dané aktivity. Tudíž středem pozornosti není výsledný výrobek. Velkou předností zůstává možnost přímého pozorování klienta, kdy lze flexibilně reagovat na aktuální stav jedince.

Herní terapie

Její působení vychází z nejpřirozenější dětské činnosti – hry. Hra je v terapii využívána v různých formách – nástroj sociální změny, komunikace, poznávání okolního světa, interpersonálních vztahů a dalších. Podmínky pro hru (herní terapii) podporuje a vytváří tzv. herní specialista – člověk, který představuje mezičlánek mezi rodiči, dětmi a zdravotnickým personálem.

Terapie zvířetem (zooterapie, animoterapie)

Hipoterapie.

Léčebně – rehabilitační metoda, podporována působením zvířete – v tomto případě koně. K terapeutickému působení dochází díky trojrozměrnému pohybu těla zvířete, který nutí klienta k aktivní výměně napětí a uvolnění svalových skupin, tj. k držení postury. Na tomto místě je nutné zdůraznit, že k dosažení tohoto jevu není potřebné aktivní konání jedince – ten zůstává pasivní.

Pipeková (Pipeková, 2001, In: Pipeková, Vítková, 2001, str. 132 – 133) uvádí, že indikaci hipoterapie v neurologické oblasti nejčastěji podporuje při:

- *Roztroušené mozkomíšní skleróze*
- *Svalové atrofii a dystrofii*
- *Dětské mozkové obrně*

U dětské mozkové obrny (DMO) je tato terapie ideálním pokračováním Vojtovy metody.

Canisterapie

Podobně jako hipoterapie se odvíjí od zooterapie. V tomto případě pomáhá pes – nejlepší přítel člověka. Péče zahrnuje podporu motorických funkcí (při hlazení, ležení na psovi...), komunikačních funkcí (pojmenování zvířete, zadávání příkazů...), emocionálních funkcí (pocit jistoty, bezpečí, uklidnění, prožitek sounáležitosti, vnímání biorytmu psa – tlukot srdce, rychlost dechu...), zlepšení schopnosti empatie.

Podle mých dosavadních zkušeností v práci s mentálně postiženými jedinci se v oblasti léčebné rehabilitaci nejčastěji uplatňuje hipoterapie, canisterapie, muzikoterapie a Vojtova reflexní metoda. Použití dramaterapie ve skupině jedinců s těžším stupněm mentálního postižení je podle mého názoru, na rozdíl od Valenty, značně omezené. Jako velmi zajímavou spatřuji psychomotoriku.

Sociální rehabilitace

Usiluje o co největší možnou míru soběstačnosti a samostatnosti tak, aby osoba s postižením byla schopná začlenění do okolní společnosti se všemi aktivitami z toho vyplývajících (vzdělání, poradenství, vyrovnání příležitostí, partnerské vztahy...). Pomocnou ruku v této oblasti podává sociální pracovník, který poskytuje poradenství v systému sociálních dávek, poskytování podpor rodin (pečovatelské služby, raná péče, asistence...), napomáhá při hledání zaměstnání, návratu z léčeben apod.

Pracovní rehabilitace

Jedná se oblast zaměstnávání osob s postižením dle jejich skutečných možností a schopností. Na této práci se podílí ergoterapeuté, kteří dané jedince hodnotí v různých modelových situacích. Výsledky jsou vyhodnocovány celým týmem a poskytují jeden ze základních materiálů pro posudkové lékaře. Janovský (2001) urguje naléhavost pracovní integrace tím, *„že práce patří mezi základní potřeby člověka, a pokud není tato potřeba saturována, dochází k frustraci, či dokonce ke stresovému stavu“* (Janovský, 2001, str. 28).

Pedagogická rehabilitace

Spadá do oblasti speciálně - pedagogického působení. Zahrnuje nejen vzdělávání, ale i volnočasové aktivity, jež plní důležitou roli v dalším rozvoji jedince (získávání nových informací, vytváření společenských vazeb, podpoře samostatnosti a soběstačnosti...).

Velký rozvoj vzdělávacích aktivit byl zaznamenán po roce 1989, kdy se cesta ke vzdělávání otevřela i jedincům s těžkým mentálním či kombinovaným postižením více vadami. Pro tyto osoby jsou vytvořeny vzdělávací plány. S otázkou do jakého školního zařízení umístit dítě s postižením, pomohou pracovníci speciálně – pedagogických center.

„Důležitou zásadou v pedagogické rehabilitaci je včasnost jejího zahájení, tj. co nejdříve od okamžiku zjištění její potřeby. Včasné zahájení vhodně zvoleného a strukturovaného programu se pozitivně promítne v životní perspektivě osoby se zdravotním postižením. Důležité je zdůraznit, že u každého člověka existuje oblast, která může být rozvíjena“ (Votava, 2005 str. 124 – 125).

Tato zásada tvoří z mého pohledu podstatu celé pedagogické rehabilitace. Zcela přesně vystihuje skutečnost, že i jedinec s postižením je schopen na základě striktně dodržovaných podmínek rozvoje zapojení se do společnosti.

5.1. Terapie kombinovaného postižení

Podle Eisové (1982) je komplexní péče o osoby s daným postižením dělena z hlediska ucelené rehabilitace na léčebně preventivní, výchovně vzdělávací a sociální

péči. Zdůrazňuje nutnost včasné diagnostiky a tím spojené překrývání poznatků jednotlivých odborníků za účelem zjištění možností, jichž je jedinec s kombinovaným postižením schopen dosáhnout v osobnostním rozvoji.

Terapie má vést ke zmírnění defektivy (pozn. terminologie poplatná době vzniku publikace) jedince. V této oblasti nabádá Eisová (1982) k ostražitosti, neboť stav těchto osob se mění v souvislosti s jejich dalším vývojem.

V terapii se zabývá především oblastí výchovně vzdělávací, v níž klade důraz na uplatňování obecných didaktických zásad. Podtrhuje především zásadu individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti či spojení teorie s praxí.

V novější literatuře pojímá Ludíková (2005) kombinované vady z hledisek jednotlivých pedií, tj. z pohledu psychopedického, somatopedického, etopedického atd. Každá oblast obsahuje definici postižení, diagnostiku, symptomatologii, obecné informace o možných kombinacích vad (mentální retardace a DMO, mentální retardace a epilepsie...) a podstatné složky (principy) terapie.

Psychopedický pohled se tudíž zaměřuje především na výchovu, vzdělávání a pracovní uplatnění osob s kombinovaným postižením, kdy zdůrazňuje včasnost diagnostiky a pomoc rodinám za podpory středisek rané péče. Ludíková (2005) však současně upozorňuje na skutečnost neuspokojivého legislativního řešení těchto zařízení (střediska rané péče).

Somatopedický pohled směřuje do oblasti ucelené rehabilitace, kdy dochází k ekonomické, technické, psychologické a právní podpoře jejích jednotlivých složek.

Na závěr lze říci, že obě autorky se ve většině přístupů k jedincům s daným postižením shodují. Současně však považují za podstatné zdůraznit ovlivnění Eisové (1982) společenskou situací doby, v níž dílo vznikalo (osoby s mentálním postižením vzdělatelné pouze do určitého stupně...). Na tuto skutečnost upozorňuje i Ludíková (2005). Následně dodává, že zájem postupně směřuje od otázek výchovy, vzdělávání a pracovní přípravy také do oblasti nejrozličnějších terapií, diagnostiky a poradenství.

Praktická část

6. Formulace výzkumného problému, stanovení výzkumných cílů

Hlavním cílem diplomové práce je kompletní rozbor a zhodnocení logopedické péče jedince s kombinovaným postižením.

Dílčím cílem pro hodnocení logopedického působení je zmapování různých terapeutických přístupů (teoretická východiska – rozpracovanost, účelnost a komplexnost), volba, vhodnost a možnosti jejich použití v dané problematice.

6. 1. Stanovení použitých metod

Při zpracování této diplomové práce byly použity následující metody:

Analýza dokumentů – byla využita v teoretické (literatura) i praktické části (odborná vyšetření, školská dokumentace – sběr dat).

Pozorování – využití ke sběru dat a následné vyhodnocení v empirické části (pozorování v různých situacích doma i ve škole).

Rozhovor – sloužil ke sběru dat, následné vyhodnocení a využití v empirické části.

Kazuistický přístup – důkladné prostudování (analýza) dokumentů, zhodnocení a formulování závěrů – vytvoření kazuistiky dítěte.

6. 2. Harmonogram zpracování diplomové práce

Průběh zpracování diplomové práce je možné členit na fázi:

- Přípravnou, která zahrnuje sběr a studium literatury.
- Realizační, jež zahrnuje pozorování, rozhovor.
- Vyhodnocovací, která se zaměřuje na analýzu a studium dokumentů, pozorování i rozhovorů, na jejichž základě dochází pomocí kazuistického přístupu k vytvoření dané kazuistiky.

Pro přehlednost a zjednodušení, uvádím harmonogram zpracování diplomové práce ve formě tabulky:

Tabulka č. 2: Časový harmonogram zpracování diplomové práce *

	X. 09	XI. 09	XII. 09	I. 10	II. 10	III. 10	IV. 10
Zadání DP							
Úvaha o koncepci DP, volba metod							
Sběr literatury							
Studium literatury potřebné k tvorbě teoretické části DP							
Tvorba teoretické části DP							
Pozorování, rozhovory							
Analýza získaných dat z použitých metod							
Kompletace praktické části DP							
Koordinace teoretické a praktické části DP							
Kompletace DP							
Odevzdání DP							

*vlastní zdroj

7. Kazuistika chlapce

D září 1992

7. 1. Rodinná anamnéza

Dítě žije v úplné rodině společně s mladším bratrem (zdráv). Chlapcova matka má středoškolské vzdělání a v současné době pracuje ve školství. Otec, obdobně jako matka, dosáhl středoškolského vzdělání. Zaměstnán je na pozici mechanik stavebních strojů. V rodině se vyskytuje cukrovka (babičky z matčiny strany, strýc a otec z otcovy strany), rakovina (prarodiče z matčiny strany). Pradědeček z matčiny strany měl otevřenou tuberkulózu, jež byla léčena zvápňováním. Jinak anamnéza bezvýznamná.

7. 2. Osobní anamnéza

Chlapec narozen z první gravidity komplikované v prvním trimestru angínou. Porod 10 dní před termínem, záhlavím. V průběhu porodu dochází ke komplikacím. Matce a později i dítěti je podáván kyslík – chlapec při porodu přidušen. Kříšen není. Z důvodu nestabilní teploty umístěn na 2 dny do inkubátoru. Prodělává silnou novorozeneckou žloutenku. Porodní váha 2370 g a míra 47 cm. Appgar skóre 8 – 8 – 9.

Jak již bylo řečeno, žije dítě v úplné rodině společně s mladším bratrem. Od narození na něm matka shledává odchylky od intaktních dětí. Je hypertonický, hypotrofický s minimálními reakcemi jak na příjemné, tak nepříjemné dotyky. Matka si všímá, že celá levá polovina těla dítěte je křečovitější a celkově se jeví menší než pravá. Levou horní končetinu má 14 dní promodralou a ruka je v zápěstí vtočena směrem k vnitřní straně předloktí. Dalším varovným příznakem se ukazuje ptóza levého víčka. Vzhledem k původnímu zaměstnání zdravotní sestry nepovažuje matka tyto symptomy za odpovídající normě. Dotaz týkající se obav o zdraví svého syna vznáší k ošetřující lékařce. Ta ji ovšem stroze oznámí, že na svém dítěti stále něco hledá a že je zcela zdravé.

Po propuštění sděluje matka své obavy i ošetřujícímu pediatrovi, kterému zpočátku dítě připadá pouze lehce opožděné. V listopadu 1992 ale chlapce odesílá na neurologické vyšetření. Lékařka doporučuje stimulaci pomocí reflexního cvičení podle Vojty. Tato stimulace probíhá do tří let věku dítěte.

7. 3. Raný psychomotorický vývoj

Do konce roku 1995 dítě prodělává většinou tyto nemoci – záněty horních cest dýchacích a otitidy (cca 12x, z toho 5x ošetřeno lékařem – píchnutí, ostatní ošetření až po samovolném prasknutí). Na doporučení dětského lékaře matka navštěvuje alergologickou poradnu, kde je v témže roce zahájena imunologická léčba. V roce 1997 onemocní chlapec infekční mononukleosou. Její léčení probíhá ambulantně s doporučením dodržování dietních pravidel vázajících se tomuto typu onemocnění. Žádné dětské nemoci chlapec dosud neprodělal.

Operace – prosinec 1992 pupeční hernie, únor 1993 insuficietní paralytický ileus, r. 1996 odstranění nosní mandle, r. 2004 operována deformita kostrče.

Chlapec ve 3 měsících zvedá hlavičku, v 5 měsících se otáčí na bok, ne zpět. Sedí od 10 měsíců, samostatně stojí ve 12 měsících. Leze v 15 měsících a samostatná chůze se objevuje ve 23 měsících.

Největší deficit ve vývoji se projevuje v oblasti řeči. Křik je slabý, jakoby chlapec nevěděl, jak přivolat pomoc. Broukání se u dítěte projevuje opožděně a velmi sporadicky. Žvatlání má charakter jednoduché vokalizace se svým světem. I když reakce na okolí jsou pozitivní, pokud se objeví řečová aktivita dospělého, dítě se zarazí a přestává jevit o okolí zájem. Období předřečové přípravy se prodlužuje přibližně na 2 roky. Poté se u chlapce začíná objevovat prvotní cílená vokalizace. Společně s matkou si často prohlíží obrázkové knížky a najednou dítě projevuje zájem o určité zvíře snahou o předvedení přírodního zvuku daného zvířete. Také zpívání v průběhu dne má kladný vliv na další vývoj. Chlapci se velmi zamlouvají krátké básničky a říkanky, především ve spojení s rytmiizací. Dle písemných záznamů matky dochází k velice pomalému a sporadickému vyslovování některých hlásek a později jejich spojování ve slabiky.

Čistotu udržuje v průběhu dne od konce roku 1994 (2 roky). Od srpna 1995 (3 roky) chlapec nepotřebuje pleny ani přes noc.

7. 4. Diagnóza

Tabulka č. 3: Rok 1992 – 1993 (0 – 1 rok)

Dg	Kým	Kdy	Poznámka
Hyperexcitabilní syndrom spolu s hypertonickým syndromem na IIK kořenově, axilární hypotonie, semiptóza vlevo, klidová a int. insuficience dolní větve N.VII.sin.	Neurolog - Praha 3	Listopad 1992	Chlapec odeslán k vyšetření pediatrem pro odchylky ve vývoji. Následně započata rehabilitace.
Lehká psychomotorická retardace na úrovni 2. měsíce, centrální hypertonický syndrom, hraniční mikrocefalie, dvojčípá aortální chlopeň se širším kořenem aorty.	Klinika dětského a dorostového lékařství, Ke Karlovu 2, Praha 2, odbornost- neurolog	Únor 1993	Doporučen rtg. lbi, EEG. Výsledky: EEG – normální nálezy, rtg. lbi – nálezy na lebce není t. č. charakteristický pro kraniostenozu. Doporučení - sledovat hmotnostní a růstovou křivku, reflexní terapie. Žádná další terapie nedoporučena.

V prvním roce dochází k odeslání chlapce na neurologické vyšetření, jehož závěr prokazuje hyperexcitabilní a hypertonický syndrom. Na základě této diagnostiky je okamžitě zahájena reflexní stimulace Vojtovou metodou.

Tabulka č. 4: Rok 1994 – 1995 (2 - 3 roky)

Dg	Kým	Kdy	Poznámka
Psychomotorická retardace na úrovni V. trimenonu t.č. centrální hypotonický syndrom. K semiptóze až ptoze vlevo se přidal neparetický konvergentní strabismus.	Neurologie – Praha 3	Listopad 1994	Chlapec doporučen k hospitalizaci v Thomayerově nemocnici k podrobnější diagnostice a určení směru další péče o dítě.
Psychomotorická retardace, mnohočetná neurologická symptomatologie, drobná degenerativní stigmatizace u dítěte s pre i perinatálními riziky.	Thomayerova nemocnice, oddělení dětské neurologie	Leden 1995	Doporučení – všestranná stimulace, rehabilitace. CT – rozšíření subarachnoidálních prostorů na konvexně mozku frontálně vlevo. Prostornější levá postranní komora – asymetrie frontálních rohů postr. komor je

			hraniční. Psychologické – nejvýraznější opoždění v oblasti aktivní řeči, v ostatních složkách v pásmu lehké retardace (při horní hranici), celkově pasivnější. Naznačeno sebeprosazování – vývojově v normě.
--	--	--	--

V období mezi 2 – 3 rokem života dochází k upřesnění a doplnění prvotní diagnózy komplexním neurologickým vyšetřením v rámci týdenního diagnostického pobytu matky a dítěte v Thomayerově nemocnici. Toto vyšetření pomáhá ošetřujícímu neurologovi v rámci volby dalšího léčebného postupu.

Tabulka č. 5: Rok 1996 – 1998 (4 – 7 let)

Dg	Kým	Kdy	Poznámka
Psychomotorická retardace, centrální hypotonický syndrom.	Klinika dětského a dorostového lékařství, Ke Karlovu 2, Praha 2, odbornost neurolog, psycholog, foniatr	Září 1996	Psycholog - aktuální úroveň rozumových schopností je značně nerovnoměrná s největším postižením v oblasti řeči a jemné motoriky. Mentální defekt odpovídá lehké mentální retardaci (IQ 51 – 63). Snížená koncentrace pozornosti a negativistické tendence nedovolují dítěti podat optimální výkon. Foniatr – vývoj řeči opožděný a aberentní v rámci těžkého CNS postižení. Doporučení: Encephabol, dokončit kůru B vit., neurologická a psychologická péče, incize frenula a následná péče na Foniatrické klinice Praha 2, Žitná.
OVŘ – aberentní, psychomotorická retardace, hypotonický syndrom	Klinický logoped – Žitná, Praha 1	Listopad 1996	Logoped při prvním kontaktu vychází z diagnostiky Kliniky dětského a dorostového lékařství, Ke Karlovu 2, Praha 2.

OVR – aberentní, psychomotorická retardace, hypotonický syndrom	Klinický logoped – Žitná, Praha I	Prosinec 1996	Orientační vyšetření motorických funkcí, zrakového a sluchového vnímání, laterality, řeči (porozumění i produkce). Dále sleduje kontakt matky a dítěte v průběhu sezení.
Celková mentální výkonnost kolísá od mírné po hlubší mentální zaostávání.	Soukromá psychologická poradna - Praha 3	Leden 1997	Vyšetření provedeno ve spolupráci s ošetřujícím neurologem.
Diferenciální diagnostika dysfázie	Klinický logoped – Žitná, Praha I	Březen 1997	Chlapec poměrně dobře rozumí základním pojmům. Na požádání vyhledá příslušný obrázek. Potíže při plnění jednoduchých instrukcí. Slovní zásoba neodpovídá věku. Aktivně používá onomopoa. Dosud nevyhraněna lateralita. Celková motorická obratnost narušena. Úchop tužky nesprávný, čmárá. Sluch orientačně +. Během jednotlivých činností se projevuje značná instabilita pozornosti.
Kombinované postižení, DMO, MR, vývojová dysartrie	Klinický logoped – Žitná, Praha I	Cerven 1997	Spatná koordinace činnosti svalových skupin, hypotonie, chybně cílené pohyby, dýchání kolísavé, plytké, explose hlásek, slovní zásoba neodpovídá věku.
DMO – cerebelární forma LMD	Vinohradská nemocnice, klinika dětí a dorostu, odbornost-neurolog	Září 1997	CT mozku - lehká periventrikulární atrofie mozku, jinak náleží fyziologický.
DMO, cerebelární forma, dysartrie, dif. dg dysfázie, lehká převodní porucha vpravo.	Foniatrická klinika, Praha I	Únor 1998	Provedeno BERA vyšetření se závěrem: normální sluch vlevo, vpravo lehká převodní porucha. Asymetrie v latencích potvrzuje změny při dysartrii.
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními.	Klinický logoped – Žitná, Praha I	Březen 1998	CT vyšetření a objektivní audiometrie. Aktuálně zdvojuje slabiky, užívá onomatopoa i se záměnami hlásek. přesmyky slabik.

Středně těžká až těžká mentální retardace, atypický autismus (prvky autistického chování).	SPC -- Rooseveltova, Praha 6	Duben 1998	Vyšetření iniciováno speciálním zařízením – Integrační centrum Zahrada z důvodu pozorování autistických projevů v chování dítěte.
Autistické rysy, těžká mentální retardace.	Klinický psycholog, Praha 3	Říjen 1998	Ošetřující psycholog. Chlapec neplní vývojovou škálu 24 měsíců. Gesellova vývojová diagnostická škála - plní úroveň 15 – 18 měsíců. Kresba ve stádiu bezobsažného čmárání.
Středně těžká mentální retardace s těžší retardací vývoje aktivní řeči, lehce naznačené autistické rysy.	Psycholog - PhDr. Krejčířová	Říjen 1998	Vyšetření iniciováno integračním centrem
Frustrní centrální paréza N. VII sin. Hyperexcitabilní dítě s hypertonicko – hypotonickým syndromem a PMR.	Neurolog, Praha 3	Listopad 1998	Ošetřující neurolog

Tabulka č. 5 předkládá rozšíření odborného týmu v diagnostice chlapce. Jedná se především o diagnostiku psychologickou, foniatrickou, logopedickou a kontrolní vyšetření počítačovou tomografií. V tomto období již dítě vykazuje velmi kolísavé výkony odpovídající snížené intelektové stránce osobnosti. Současně potvrzena lehká převodní pravostranná sluchová porucha. Logopedická diagnostika vychází z neurologických, psychologických a foniatrických vyšetření. Postupnou diferenciací jednotlivých symptomů je určena diagnóza, jež se stává výchozí pro další terapii.

Z časového období roku 1999 – 2005 (7 – 12 let) nejsou k dispozici materiály svědčící o dalším doplňování diagnostiky, s výjimkou logopedie a foniatrie. Dítě je stále v péči různých odborníků – neurolog, psycholog, psychiatr, foniatr a logoped. Pozitivní je fakt, že chlapec (podle matky) již navštěvuje pouze jednoho psychologa (klinický, Praha 3). Tento odborník jej má v péči stále.

Tabulka č. 6: Rok 1999 – 2005 (7 – 12 let)

Dg	Kým	Kdy	Poznámka
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními.	Klinický logoped	Březen 2001	Motorika mluvidel – napodobuje jednodušší cvičení – cíleně se nedaří, komentuje obrázek pomocí izolovaných slabik, zraková percepce – tvary, nácvik základní spolupráce a plnění slovních pokynů.
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními.	Foniatrická klinika, Praha 2 - foniatr	Říjen 2001	Opakuje první slabiky, zlepšena motorika mluvidel, úchop tužky i pozornost. Spontánně nejčastěji užívá jednoslabičné výrazy.
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními.	Foniatrická klinika, Praha 2 - foniatr	Únor 2003	Vážné elevace jazyka, pohyby do stran zlepšeny, cílená spolupráce obtížná.

Tato tabulka č. 6 popisuje chlapcův aktuální stav (7 – 12 let) v oblasti řečových dovedností. Jasně předkládá rozvíjené oblasti, přičemž zdůrazňuje nemožnost cílené spolupráce dítěte a logopeda.

Tabulka č. 7: Rok 2005 – 2008 (12 – 15 let)

Dg	Kým	Kdy	Poznámka
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními.	Klinický logoped	Květen 2005	Kontrolní vyšetření. Lexikálně sémantická rovina – jen nejzákladnější komunikační gesta, onomatopoea, části slov. slabiky. Porozumění – pasivní slovník výrazně větší než aktivní. Morfologicko – syntaktická – vývoj řeči scestný a s výrazným omezením, pravděpodobně se již nerozvine. Foneticko – fonologická – nelze

			hodnotit. Zřetelné samohlásky, souhlásky výrazné explosivy s pohybem celého těla. Modulaci, tempo ani rytmus nelze hodnotit – provede maximálně dvouslabičné slovo s výrazným oddělením obou slabik. Pragmatická rovina – komunikuje jen na základní úrovni a v oblasti neverbální.
Těžká mentální retardace s poruchou chování a aktuálně ustupujícími autistickými rysy.	Klinický psycholog, Praha 3	Červenec 2005	
Pre a perinatální léze CNS s degenerativní stigmatizací a atrofickými změnami mozku. Dominuje symptomatika LMD s výrazným hyperkinetickým syndromem a těžká psychická retardace s autistickými rysy, retardace řečových funkcí.	Neurolog, Praha 3	Červenec 2007	
Stav se zkomplikoval epileptickými paroxysmy nejen s bezvědomím a tonicko-klonickými křečemi, ale též malými záchvaty	Neurolog, Praha 3	Leden 2008	Antiepileptická léčba
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními.	Klinický logoped – Žitná, Praha I	2008	Stav chlapce se nemění

V tabulce č. 7 dochází v neurologické diagnostice ke komplikacím v podobě epileptické symptomatologie a záchvatů. Logopedické hledisko je zastoupeno kontrolním vyšetřením s uvedenými výsledky.

Z tabulek je patrné postupné doplňování diagnózy spojené s komplexní diagnostikou podpořenou zobrazovacími vyšetřovacími metodami (především

počítačovou tomografií), jež pomohla odhalit degenerativní a atrofické změny mozku chlapce.

V současné době (12/2009 – 17 let) lze po dohodě a ošetřujícím neurologem shrnout chlapcovu diagnózu takto: *G 80.8 jiné DMO, cerebelární, extrapyramidové symptomy, hyperkinetický syndrom, PMR (psychomotorická retardace) - středně těžká až těžká, autistické rysy, poruchy chování, hraniční mikrocephalie, ptóza levého víčka, dysartrie, lehká pravostranná převodní sluchová porucha, epilepsie.*

7. 5. Sociální anamnéza

Tabulka č. 8: Průběh vzdělávání chlapce od 3 let

Čas	Zařízení	Kde	Komentář
10/1995 – 12/1995 3 - 3 ¼ roku	Jesle	Běžné	Hodnocení adaptace: řeč – nemluví, jídlo – jí málo a nečistě, hyg. návyky – dodržuje, motorika – přiměřena věku dítěte mladšího dvou let. Do her se nezapojuje, ale projevuje o ně zájem.
5/1996 – 6/1999 3 ¾ – 6 ¾ roku	Integrační centrum Zahrada (IC)	speciální	Z tohoto zařízení chlapec přecházel do speciální MŠ.
9/1996 – 11/1996 4 – 4 ¼ roku	MŠ Sauerova	speciální	Chlapec vřazen do třídy dětí s výchovnými problémy. Docházelo zde k utlačování jeho osoby.
9/1997 – 11/1997 5 – 5 ¼ roku	MŠ Sauerova	speciální	Chlapec i přes veškerou přípravu v IC plně nezvládl přechod do MŠ. Pedagogicky byl zajištěn jeho pobyt pouze v dopoledních hodinách – oba rodiče pracují.
9/1999 – po současnost 7 let →	SŠ, ZŠ a MŠ Chotouňská, Praha 10	speciální	Chlapec navštěvoval 3 roky přípravný stupeň. Poté v roce 2002/2003 nastoupil do 1. třídy - tedy nižšího stupně školy. V současnosti ukončil 7. ročník a

			nachází se ve vyšším stupni zdejšího školního zařízení, tj. ZŠ speciální.
--	--	--	---

Jesle

V roce 1995 zapisuje matka po dohodě s pediatrem dítě do jeslí. Chlapec je zařazen mezi 2 – 3 leté děti. Toto věkové rozmezí vyhovuje nejen jeho kalendářnímu věku, ale především aktuálnímu vývojovému stupni (rozmezí 1,5 – 2 roky). Nejprve se projevuje velmi pasivně, ale později má jeho zájem o okolí a dění v něm vzrůstající intenzitu. Živě reaguje na krátké rytmické říkanky a básničky. V kolektivu dětí se adaptuje bez větších obtíží. Problémy se objevují pouze při odchodu matky, kdy začíná plakat. Dle dětské zdravotní sestry tento pláč trvá pouze chvilku a má být rozloučením (trvání cca 3 týdny).

Integrační centrum Zahrada (IC)

V roce 1996 začíná chlapec docházet do Integračního centra Zahrada (IC), kde sdílí třídu současně s dalšími 3 - 4 dětmi. Toto zařízení je vhodné pro děti s kombinovaným postižením. Jeho vřazení do této instituce má souvislost se zrušením jeslí a nemožnosti umístění dítěte do speciální mateřské školy. Vzhledem ke svému zaměření disponuje IC odborníky z dalších oblastí (fyzioterapeut, logoped, speciální pedagog, arteterapeut...). Po adaptaci na nové prostředí dochází k poskytování logopedické péče přímo v IC. Současně, na doporučení pediatra, je od tohoto roku ve stálé péči Foniatrické kliniky v Praze. Logopedická péče tedy probíhá souběžně na klinice i v integračním centru. Další speciálně pedagogická péče se zaměřuje na hipoterapii, muzikoterapii, saunování spojené s plaváním, rozvoj motoriky (hrubé, jemné, grafomotoriky, oromotoriky), zrakové, sluchové, hmatové percepce, prostorové, časové orientace, pozornosti a paměti.

MŠ Sauerova

V průběhu docházky do této speciální MŠ nemá matka žádné informace o logopedické péči tamního logopeda. Vzhledem ke komplikovanému vztahu mezi

zaměstnanci MŠ a rodiči dítěte je matka v stálém kontaktu s příslušným pracovníkem IC, kam dochází společně s chlapcem k pravidelným konzultacím.

ŠŠ, ZŠ a MŠ Chotouňská

S blížící se dobou povinné školní docházky matka konzultuje možná řešení v oblasti dalšího vzdělávání svého dítěte s ošetřujícím psychologem. Ten jí předává kontakt na SPC při škole v Praze 10. Rok před plánovaným nástupem chlapce do školy společně s matkou docházejí do SPC na pravidelná vyšetření, která potvrzují vhodnost zařazení dítěte. Vřazením do přípravného stupně (9/1999 – 7 let) je chlapec převeden z péče logopeda IC do péče logopeda SPC při ZŠ speciální (logopedická péče v resortu školství). Speciálně pedagogická péče navazuje na péči poskytovanou v IC. První tři roky dítě navštěvuje přípravný ročník, tudíž má větší prostor pro rozvíjení všech oblastí (motorické, kognitivní, senzorické, pozornosti, řečové). Dále v této době dochází žáci přípravného ročníku společně s rodiči a učiteli na hipoterapii. Školou je poskytována i možnost plavání, kterou matka využívá po čtyři roky, tj. do 10 let věku dítěte. Ve škole dále probíhá canisterapie a muzikoterapie. Těchto aktivit se chlapec pravidelně účastní.

8. Komplexní terapie a péče o jedince

8. 1. Průběh a prolínání odborné péče

Tabulka č. 9: Rok 1992 – 1995 (0 – 3 roky)

Věk	Odbornost	Terapie	Komentář
0 – 6 měsíců	Neurolog	Odeslán k rehabilitaci	U chlapce první neurologická diagnostika, z níž vyplynulo doporučení rehabilitační podpory. Ošetřující neurolog, Praha 3
	RHB	Vojtova metoda	Matka s dítětem cvičila 5x denně do 3 let
Do 3 let	Genetické vyšetření	Vyšetření vedoucí k upřesnění etiologie PMR	Nebylo provedeno cytogenetické vyšetření
	Echokardiografie	Pravidelné sledování cca 1x za 3 měsíce	Bikuspidální aortální chlopeň, širší kofen aorty
	RHB	RHB Ukázky nových cviků a kontrola dosavadních výsledků – Vojtova metoda	Zpočátku dochází matka s dítětem na RHB 2x týdně. Později je docházka upravena na 1x týdně a nakonec 1x za 14 dní
	Neurolog	Kontrolní vyšetření cca 1x za 3 měsíce. Dítě odesláno ke komplexnímu vyšetření na dětské neurologické oddělení - Krč	Pravidelné sledování chlapcova vývoje a vlivu reflexní terapie na další rozvoj. Ošetřující lékař
	Komplexní vyšetření, neurologické oddělení FN Thomayerova	Provedena tato vyšetření: interní a laboratorní, BAEP, oční, RTG – lbi a páteře, sono páteře, EEG, CT mozku, psychologické, genetické	Závěrečné doporučení: všestranná stimulace, rehabilitace. Cytogenetické vyšetření: Karyotyp probanda je normální, jmenované problémy a organický nález nelze jednoznačně zařadit.
3 roky	Neurolog	Pravidelné kontrolní vyšetření, EEG	Vyšetření probíhají v časovém rozmezí 3 měsíců. Ošetřující lékař
	Alergolog	Imunologická vakcinace	Chlapec s matkou docházel dle domluvy 3 roky. Po této době terapie ukončena
	Echokardiografie	Kontrolní ECHO a EKG vyšetření, 1x 3 měsíce	Ke Karlovu

Z tabulky č. 9 vyplývá skutečnost, že v průběhu prvních tří let je péče o chlapce soustředěna především na péči neurologickou a intenzivní rehabilitaci. Právě rehabilitace se ukazuje jako velmi účinná. Dítě reaguje na její působení a dohání motorické opoždění. Postupně dokáže ovládat hrubou motoriku bez větších problémů. Dalšími vyšetřeními z této doby prochází převážně z důvodů zjištění etiologie postižení a stanovení dalšího léčebného postupu. V péči však chybí vyšetření foniatrické a logopedické.

Tabulka č. 10: Rok 1996 – 1998 (4 - 6 let)

Věk	Odbornost	Terapie	Komentář
4 roky	Foniatr	Vývoj řeči opožděný a aberentní v rámci těžkého CNS postižení. Doporučení: incize zkráceného frenula	Vyšetření provedeno v rámci hospitalizace – Klinika dětí a dorostu Ke Karlovu
	Neurolog	Medikace - Encephabol	Vyšetření provedeno v rámci hospitalizace – Klinika dětí a dorostu Ke Karlovu. Dále pravidelné kontroly u ošetřujícího neurologa
	Echokardiografie	Kontrolní ECHO a EKG vyšetření	Ke Karlovu, kontroly 1x 6 měsíců
	Psycholog	Zaměřená na zlepšení jemné motoriky, pozornosti, rozvoj rozumových schopností. Doporučena terapeutická technika videotrénink interakcí - VTI	Vyšetření provedeno soukromým psychologem. Matka se na doporučení spojila s organizací SPIN a cca 2 roky probíhal kontakt v rámci VTI
	Foniatr	Po incizi zkráceného frenula. OVR aberentní – chlapec předán do péče logopeda	Foniatrická klinika - Žitná
	Logoped	OVR aberentní – lehká MR, v oblasti řečové středně těžká, centrální hypotonický syndrom, individuální terapie – navození kontaktu, udržení očního kontaktu, napodobování, tvorba základního zvukového materiálu, jednoslabičná slova, práce pomocí obrázků, dif. dg. vývojové dysfázie.	Klinický logoped – Foniatrická klinika Žitná, Praha 2. Návštěvy v časovém rozmezí 1 x 14 dní
	Logoped	Dechová, hlasová, artikulační cvičení.	Integrační centrum Zahrada. Tato péče

		rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby. Používání piktogramů	probíhá až do 6/1999 (6¼ let), poté chlapec odchází do speciální školy
5 let	CT - vyšetření	Lehká periventrikulární atrofie mozku. Doporučení racionální strava, kontrola u oš. neurologa	
	Neurolog	Pravidelné kontroly	Ošetřující lékař
	Psycholog	Psychomotorický neklid, rozvoj jemné motoriky. Zaměřit se na rozvoj rozumových schopností, navazování kontaktu, pozornost, paměť, komunikaci, aktivní činnosti	Klinický psycholog Praha 3
	Psychiatr	Problémové chování	Praha 3
	Foniatr	Hybnost jazyka omezená kraniálním směrem, adiadochokinesa. Patro gotické, kontrahuje se. Dávivý reflex výbavný. Bubínky šedé, se sníženým leskem, a zkráceným reflexem.	ORL vyšetření, BERA – vpravo lehká převodní porucha. Foniatrická klinika, Praha 2, Žitná
	Logoped	Kombinované postižení – DMO, celeberální forma, vývojová dysartrie	Foniatrická klinika Žitná, Praha 2, kontroly 1x 14 dní
	Echokardiografie	Kontrolní ECHO a EKG vyšetření	Ke Karlovu, kontroly 1x 6 měsíců
6 let	Echokardiografie	Kontrolní ECHO a EKG vyšetření	Ke Karlovu, kontroly 1x 6 měsíců
	Psycholog	Rozvoj komunikace, jemné motoriky, pozornosti, autistické rysy	SPC Rooseveltova, Praha 6
	Psycholog	Sledování psychomotorického vývoje, komunikace, vlastní aktivity	Klinický psycholog- Praha 3, pravidelné kontroly cca 1x 6 měsíců
	Psychiatr	Sledování psychomotorického vývoje a potíží v chování	Praha 3, kontroly spojené s psychologickým vyšetřením, kdy dochází k vzájemnému propojování péče obou specialistů
	Psycholog	Podpora vlastní iniciativy, rozvoj kognitivních dovedností, manipulační činnosti, stimulace aktivní řeči, paralelně nácvik	Dr. Krejčířová

		alternativní komunikace, sebeobsluha, jemná motorika, odvádění pozornosti od stereotypních aktivit k činnostem sociálně adekvátnějším	
	Logoped	DMO, dysartrie, MR	Klinický logoped, terapie 1 x 3 týdny
	Neurolog	Sledování dalšího vývoje. Stále medikace Encephabol	Ošetřující lékař

V období od 4 do 6 let prochází chlapec nejen péčí neurologickou, ale především péčí foniatrickou, logopedickou a psychologickou. Činnost mozku je podporována medikací Encephabolu. Po incizi zkrácené podjazykové uzdičky nedochází k předpokládanému zlepšení hybnosti jazyka. Jednou z příčin je stále neobratná jemná motorika, která zůstává na nižším vývojovém stupni. Motorická cvičení zaměřená na mluvidla jsou tedy omezena a dochází k nácviku několika základních prvků. Do popředí se dostává také chlapcova snížená schopnost soustředit se, jenž negativně ovlivňuje další rozvoj. Psychologem je doporučena terapeutická technika VTI (videotrénink interakcí). Pracovnice sdružení SPIN dochází do rodiny 2 roky. Nejprve 1x za 14 dní. Později se časový úsek prodlužuje na 1 měsíc. Matka se pomalu učí, nechat prostor k samostatnému objevování synovi (natočený materiál odhalil skutečnost, že dítěti vše ukazuje sama a ono nemá možnost si věc osahat a prohlédnout). Matka považuje spolupráci za velmi přínosnou, ale stále ji trápí skutečnost, že chlapec verbálně nekomunikuje. Logopedem speciálního zařízení je jí řečeno, že pro aktivní komunikaci je velice důležitý šestý rok života, který je zlomový.

Z tabulky č. 10 také vyplývá překrývání některých konzultací. Dle dostupných záznamů psychologická vyšetření prováděná Dr. Brožovou 1/1997 a posléze 10/1998 nynějším ošetřujícím psychologem (klinický, Praha 3), byla aktivována matkou po dohodě s neurologem. K dalším dvěma vyšetřením, tj. SPC Rooseveltova a Dr. Krejčířové, došlo na základě diagnostiky (nově pozorované symptomy) IC. V delší časové ose již pouze ošetřující psycholog (Praha 3). Také oblast logopedické péče se v tomto období stala duplicitní.

Tabulka č. 11: Rok 1999 – 2001 (7 – 9 let)

Věk	Odborník	Terapie	Komentář
7 let	Neurolog	Kontrolní vyšetření	Ošetřující lékař
	Logoped	DMO, MR, dysartrie	Terapie 1x 3 týdny, klinický logoped
	Foniatr	Kontrolní vyšetření, audio vyšetření	Pravidelné vyšetření pro podporu logopedické péče, Foniatrická klinika, Žitná
	Ortoped	Ortopedické vložky do bot	Praha 3, kontrola dle potřeby
	Psycholog	Kontrolní vyšetření, pravidelná péče cca 1x ½ roku	Velmi kolísavé výsledky, v podstatě nemluví, odluku zvládá, těžká MR
	Psychiatr	Kontrolní vyšetření	Většinou propojená vyšetření s psychologii
	Echokardiografie	Kontrolní vyšetření	Kontrola 1x6 měsíců
	Logoped	Zaměřené na porozumění, spojování slov s předměty a obrázky, procvičování hrubé i jemné motoriky, zraková, sluchová stimulace, dechová cvičení – nádech nosem, výdech ústy, oční kontakt	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2x týdně 15 – 20 minut
8 let	Neurolog	Kontrolní vyšetření	Ošetřující lékař
	Logoped	Individuální terapie – dysartrie, důraz kladen na aktuální schopnosti dítěte, podpora mluvního apetitu, dechová a motorická cvičení, porozumění řeči, nápodoba, rytmizace	Klinický logoped, terapie 1 x měsíčně
	Foniatr	Kontrolní vyšetření	Foniatrická klinika, Žitná
	Psycholog	Kontrolní vyšetření	Praha 3
	Psychiatr	Kontrolní vyšetření	Praha 3

	Echokardiografie	Kontrolní vyšetření	
	Logoped	Podpora rozvoje motoriky, zraková, sluchová stimulace, práce s obrázky, napodobování cviků před logopedickým zrcadlem, rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby a porozumění	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2x týdně 15 – 20 minut
9 let	Neurolog	Kontrolní vyšetření	Stále Encephabol, ošetřující lékař
	Foniatr	Kontrolní vyšetření	Foniatrická klinika, Žitná Praha 2
	Logoped	Uvolňování brady, nácvik výdechu, využití přírodních zvuků, vyvozování samohlásky o	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2x týdně 15 – 20 minut
	Psycholog	Kontrolní vyšetření	
	Psychiatr	Medikace - Risper	Zhoršení chování
	Logoped	Podpora při hledání dalších způsobů komunikace, odkaz na CAAK	Klinický logoped, terapie 1 x měsíčně
	Speciální pedagog	Alternativní komunikace	SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci, Praha 2 (CAAK), sezení cca 6 týdnů
	Echokardiografie	Kontrolní vyšetření	

Z tabulky č. 11 je patrné zaměření péče především na rozvoj komunikačních schopností za podpory logopedů (klinický a SPC) a hledání dalších alternativ pro danou oblast. U chlapce se začíná projevovat agresivita spojená s velmi omezenou schopností verbálního vyjádření. Matka stále hledá další možnosti, které by tento problém mohly alespoň částečně upravit. Po dohodě s klinickým logopedem je jí nabídnut kontakt na SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK). Dítě medikováno Encephabolem, k němuž psychiatr přidává Risper.

Tabulka č. 12: Rok 2002 – 2005 (10 –13 let)

Věk	Odborník	Terapie	Komentář
10 let	Neurolog	Kontrolní vyšetření	Ošetřující lékař
	Foniatr	Kontrolní vyšetření	
	Psycholog	Kontrolní vyšetření	
	Psychiatr	Kontrolní vyšetření	
	Echokardiografie	Kontrolní vyšetření	Kontroly upraveny 1x za rok
	Logoped	Terapie DMO, dysartrie, MR	Klinický logoped, terapie 1 x měsíčně
	Logoped	Dechová cvičení, zraková, sluchová stimulace, koordinace ruka x oko, práce před logopedickým zrcadlem, využívání tištěných materiálů (letáky...)	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2x týdně 15 – 20 minut
	Speciální pedagog	Využívání možných forem alternativní komunikace	Docházka 1 x 6 týdnů
11 let	Neurolog	Kontrolní vyšetření. U chlapce nedochází ke změnám.	Medikace – Encephabol, ošetřující lékař
	Foniatr	Kontrolní vyšetření. U chlapce nedochází ke změnám.	Žitná
	Psycholog	Kontrolní vyšetření. U chlapce nedochází ke změnám.	
	Psychiatr	Kontrolní vyšetření. U chlapce nedochází ke změnám.	
	Echokardiografie	Kontrolní vyšetření. U chlapce nedochází ke změnám.	
	Logoped	Terapie DMO, dysartrie, MR	Terapie 1 x měsíčně
	Logoped	Rozvoj motorických schopností, grafomotoriky, artikulační cvičení.	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2x týdně 15 – 20 minut

		rytmizace, slovní zásoba	
	Speciální pedagog	Aplikace a rozšiřování forem náhradní komunikace	Chlapec postupně neguje připravené činnosti
12 let	Neurolog	Beze změn	Medikace – Encephabol, ošetřující lékař
	Foniatr	Beze změn	Foniatrická klinika Žitná
	Psycholog	Beze změn	
	Psychiatr	Beze změn	
	Echokardiografie	Beze změn	
	Logoped	Terapie DMO, dysartrie, MR	Klinický logoped, terapie 1 x měsíčně
	Logoped	Cviky uvolňovací, dechové, artikulační, motorická (házání a chytání míče)	SPC při MŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2x týdně 15 – 20 minut
	Speciální pedagog	Práce s gesty, znaky, piktogramy, počítačem	Stále větší negace a agresivnější chování
13 let	Neurolog	Beze změn	Medikace – Encephabol, ošetřující lékař
	Echokardiografie	Beze změn	
	Foniatr	Beze změn	Foniatrická klinika, Žitná
	Psycholog	Beze změn	
	Psychiatr	Medikace – zvýšení dávek Risperonu	
	Logoped	Terapie DMO, dysartrie, MR	Klinický logoped, terapie 1 x měsíčně
	Logoped	Pokračování v terapii DMO s ohledem na aktuální schopnosti dítěte	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 1x týdně 15 – 20 minut
	Speciální pedagog	Propojování různých systémů	Práce bez většího úspěchu - nezáměr

Tabulka č. 12 předkládá terapeutickou péči o chlapce v období mezi 10 – 13 roky. Můžeme pozorovat, že u většiny terapií dochází pouze ke kontrolním vyšetřením, z čehož vyplývá, že stav dítěte se stabilizoval a další vývoj stagnuje. K rozvoji dochází pouze v oblasti logopedické, a to především navázáním spolupráce rodičů i dítěte se SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci v Praze 2 (CAAK). Speciální pedagog tohoto centra nabízí chlapci různé možnosti náhradní komunikace. Používá gesta, znaky, piktogramy, počítačové programy. Všichni společně hledají cestu, jež by mohla dítěti pomoci překonat komunikační bariéru. Bohužel chlapec většinu z nabízených systémů odmítá. Současně je velmi náročné dítě k práci vhodně motivovat. Jeho krátkodobá pozornost mu zamezuje setrvat u jakékoli činnosti delší dobu.

Tabulka č. 13: Rok 2006 – 2009 (14 – 17 let)

Věk	Odborník	Terapie	Komentář
14 let	Neurolog	Kontrolní vyšetření s EEG již 1x ročně. U chlapce zjištěna kyfoskoliosa a odeslán na RHB	Ošetřující lékař
	RHB	Probíhají posilující cviky na danou oblast s občasným zařazením cviku z terapie podle Vojty	Docházka po 14 dnech
	Foniatr	Pravidelné kontroly. Stav beze změn	Foniatrická klinika, Žitná
	Psycholog	Pravidelné kontroly. Stav beze změn	
	Psychiatr	Pravidelné kontroly. Stav beze změn	
	Echokardiografie	Pravidelné kontroly. Stav beze změn	Kontroly 1x za 2 roky
	Logoped	Terapie DMO, dysartrie, MR	1 x měsíčně, klinický logoped
	Logoped	Pokračování v terapii DMO s ohledem na aktuální schopnosti dítěte, využívání počítačového programu Méd'a čte	SPC při SS, ZS a MS, docházka 1x týdně 15 – 20 minut

	Speciální pedagog	S matkou probrány možnosti, ale díky negativnímu postoji dítěte domluveno ukončení terapie	Terapie 1 x 6 týdnů
15 let	Neurologie	U chlapce se začíná objevovat delší zakoukání do určitého místa – epileptické záchvaty	Ošetřující lékař
	Foniatr	Beze změn	Fon. klinika, Žitná
	Psycholog	Beze změn	
	Psychiatr	Beze změn	
	Logopedie	Terapie DMO, dysartrie, MR	Docházka 1 x 2 měsíce, klinický logoped
	Logopedie	Pokračování v terapii DMO s ohledem na aktuální schopnosti dítěte	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 1x týdně 15 – 20 minut
	RHB	Probíhají posilující cviky na danou oblast s občasným zařazením cviku z terapie podle Vojty	Docházka po 14 dnech
16 - 17 let	Foniatr	Beze změn	Fon. klinika, Žitná
	Psycholog	Beze změn	
	Psychiatr	Beze změn	Medikace Risperon
	Logopedie	Terapie DMO, dysartrie, MR	Docházka 1 x 2 měsíce, klinický logoped
	Logopedie	Terapie kombinována s prvky AAK	SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, docházka 2 x týdně 15 – 20 minut
	RHB	Probíhají posilující cviky na danou oblast s občasným zařazením cviku z terapie podle Vojty	Docházka po 14 dnech
	Neurologie	Epileptické záchvaty. Medikace - Topamax	Antiepileptická léčba. Ošetřující lékař
	Echokardiografie	Beze změn	

Z tabulky č. 13 zjišťujeme nejen ukončení péče CAAK, k níž došlo po vzájemné domluvě pracovníka centra a rodiči dítěte, ale především se začínají objevovat nastupující komplikace v neurologické oblasti. Nejprve dochází k rychlému růstu dítěte a s tím spojené nedostatečné oporné funkci ochablých zádočných svalů – kyfoskoliosa. Chlapec je neurologem odeslán na rehabilitaci. Tato péče probíhá i v současné době (12/2009). Další potíže se však ukazují jako mnohem závažnější – epileptické záchvaty. V počátcích jsou reprezentovány pouze zahleděním se do určitého místa, která si matka zprvu neuvědomovala. Postupným nárůstem těchto malých epileptických záchvatů, ale došlo k jejich odhalení a konzultaci s ošetřujícím neurologem. Další rozvoj epilepsie se projevuje velkými záchvaty spojenými s tonicko – klonickými křečemi. Tyto záchvaty trvají od 6 do 8 minut a celkem jich následuje šest. Neurolog okamžitě zahajuje antiepileptickou terapii (Topamax). I tato léčba je dosud v platnosti, i když pomalu ustupují popisované velké záchvaty.

8. 2. Speciálně pedagogická péče

Schéma č. 3: Speciálně pedagogická stimulace od narození do 17 let (9/2009) – běžná

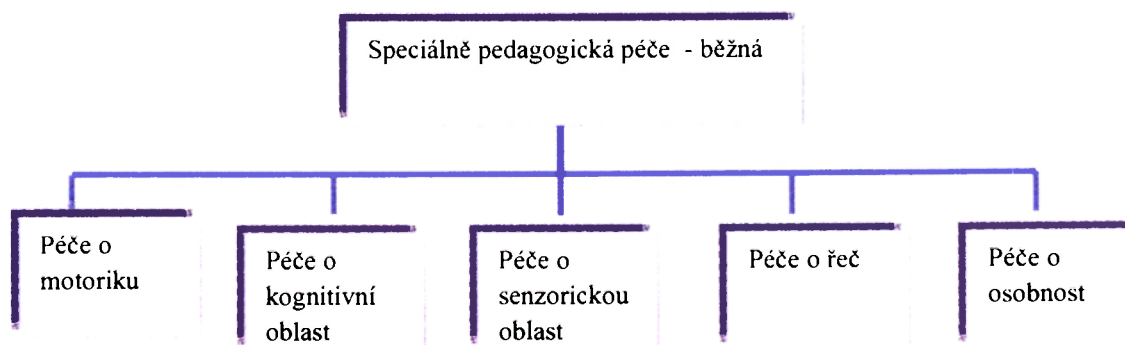
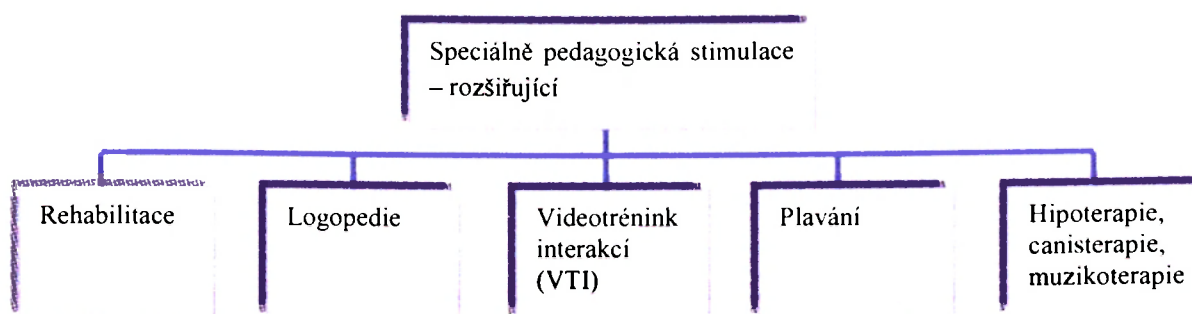
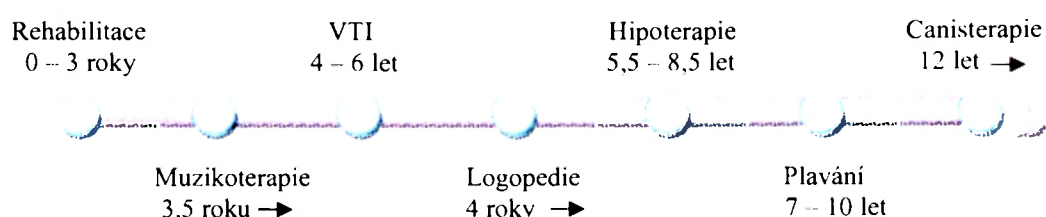


Schéma č. 4: Speciálně pedagogická stimulace od narození do 17 let (9/2009) - rozšiřující a konkrétně volená pro daného jedince



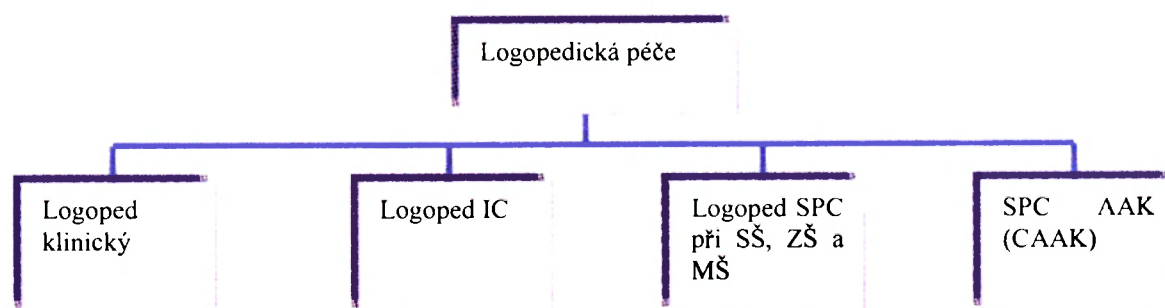
Tato schémata nám ukazují nutnost komplexní péče. Musíme si uvědomit, že nelze stimulovat pouze jednu oblast, ale musí docházet k jejich vzájemnému prolínání. Tyto terapie rozvíjejí dovednosti, řečové schopnosti a podporují pozornost. Jedině tak lze pozitivně ovlivnit další vývoj jedince.

Schéma č. 5: Časová posloupnost speciálně pedagogické péče - rozšiřující



8. 3. Logopedická péče

Schéma č. 6: Logopedická péče



Toto schéma nám předkládá přehled logopedické péče, kterou chlapec prochází od 4 let po současnost. Jak uvidíme v následující tabulce č. 14, první logopedickou péčí se stává vyšetření dítěte v průběhu hospitalizace na dětské klinice VFN. Zdejším odborníkem dochází k diagnostice opožděného - aberentního řečového vývoje v rámci

těžkého postižení CNS. Matce je současně doporučena další logopedická stimulace. V souvislosti s následujícím popisem logopedických terapií připomínám postupnou diagnostiku v této oblasti.

Tabulka č. 14: Logopedická diagnostika

Diagnóza	Kdy
OVR – aberentní, psychomotorická retardace, hypotonický syndrom	1996
Dif. diagnostika dysfázie	Březen 1997
Kombinované postižení, DMO, MR, vývojová dysartrie	Červen 1997
PAS – atypický autismus (prvky autistického chování)	Duben 1998*
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie – smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními	1998

*V logopedických záznamech neuvedeno.

Další změny v diagnostice neproběhly. V letech 1999 – 2008 (tabulky č. 6, 7) jsou popisovány aktuální řečové dovednosti včetně kontrolního vyšetření.

Tabulka č. 15: Průběh a prolínání logopedické péče

Věk chlapce	Frekvence sezení			
	Klinický logoped	Integrační centrum Zahrada - logoped	Logoped SPC při SŠ, ZŠ a MŠ	SPC alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK) pro
0 – 3 roky				
4 – 6 let	4 – 5 let 1 x 14 dní 6 let 1 x 3 týdny	3 x týdně*		
7 – 9 let	7 let 1 x 14 dní 8 – 9 let 1 x měsíčně		2 x týdně 15 – 20 min.	Od 9 let 1 x 6 týdnů
10 – 12 let	1 x měsíčně		2 x týdně 15 – 20 min.	1 x 6 týdnů
13 – 15 let	13 - 14let 1 x měsíčně		1 x týdně 15 – 20 min.	13 - 14 let 1 x 6 týdnů

	15 let 1 x za 2 měsíce			
16 – 17 let	1 x 2 měsíce		2 x týdně (1 x logo, 1x AAK)	

* Přesně nezjištěno – informace od matky (vzpomínky).

Jak vidíme z daného přehledu, není chlapci do tří let poskytována žádná logopedická podpora. Podle informací z matčiných písemných poznámek docházím k závěru, že je dítě podle odborníků dostatečně i všestranně stimulováno a řeč se rozvíjí jako poslední na základě celkového zlepšení motorických a kognitivních funkcí. Na dotaz o vhodnosti zařazení chlapce do předškolního zařízení ji pediatr podpoří. Dětský kolektiv chlapci prý rozhodně prospěje. Matka se na základě tohoto doporučení rozhodne umístit dítě do jeslí. Po ukončení jejich činnosti a následnými potížemi s umístěním chlapce do jiného, nyní již speciálního zařízení, navrhl neurolog matce požádat o místo v IC. Speciálně pedagogická činnost tohoto zařízení zahrnovala i péči logopedickou. Ta začíná až ve čtyřech letech, kdy dochází k prolínání logopedické péče na klinice a v IC.

V tabulce č. 15 jsou zaznamenány také frekvence jednotlivých sezení. Pokud dochází k prolínání péče odborníků, je důležité péči koordinovat. Tato spolupráce spočívá v nástinu terapeutických plánů, kdy se rozhodujícím faktorem stávají možnosti terapie ve spojitosti s četnějšími sezeními. Jedině tak je možné chlapce pozitivně rozvíjet. Pokud dítě navštěvuje zařízení, v němž probíhá logopedická péče, je podle mého názoru samozřejmá každodenní terapie – třikrát týdně u tohoto postižení rozhodně nedostačuje. Podobné nedostatky spatřuji i v dalších letech. Mezi 9 – 14 lety se do péče zapojuje speciální pedagog CAAK. Tato spolupráce je pro negativismus dítěte ukončena v roce 2006 (14 let). V této době, jak se dozvíme později, není matce nabídnut žádný jiný způsob, jež by vedl alespoň k částečně úspěšné komunikaci (např. VOKS).

Tabulka č. 16: Hláskový inventář

Věk	Jemné motoricko – artikulační dovednosti
Do 2 let – preverbální období	Broukání, žvatlání

2 - 4 roky	Prvotní cílená vokalizace – onomatopoea (přirodní zvuky), samohlásky – a, e, u, souhlásky – m, b, p, slabiky - ma, ba, pa
4 – 6 let	Onomatopoea, samohlásky – a, e, u, souhlásky – m, p, b, v, k, zdvojuje hlásky a slabiky – e-e-, ma-ma, pa-pa, ba-ba, bu-bu, výrazy – kava, kň (kůň), bm (bum)
6 – 8 let	Onomatopoea – bum, ee, mé, bé, bū, ko-ko, ki – ki, samohlásky – a, á, e, u, i, ů, o, výrazy – máma, bába, bubu (bumbu - pít), káva (kráva), díďa (děda), kň (kůň), kotě, pápa (táta), Ďád'a (Dáda), koa (koza)
8 – 10 let	V této době nedošlo ke změně v počtu používaných výrazů. Používá pouze jeden nový Mít'a – bratr. Naopak se zdá, že chlapec spíše některé výrazy zapomněl. Ze slovníku mizí – pápa i káva. Dochází však ke snaze o vyslovení prvních hlásek slov. Nové, izolované hlásky netvoří.
10 – 12 let	Chlapec stále používá onomatopoea a výrazy dříve uváděné. Výsledkem snahy o vyslovení první hlásky bývají zkomolené ale lidmi obklopujícími dítě identifikovatelné hlásky. Ve škole viditelné u globálního čtení.
12 – 14 let	Postupný přechod od prvotních hlásek ke slabikám. Jejich výslovnost je zkomolená, pro okolí nesrozumitelná.
14 – 17 let	Stále onomatopoea, bába, máma, teta, díďa, Mít'a, Ďád'a, kň, kotě. Ve slovníku se objevují nové výrazy, jež jsou většinou rozkládány na jednotlivé slabiky, které po jejich zopakování druhou osobou dokončí. Většinu z nich si chlapcovo blízké okolí domyslí. Pro širší okolí jsou však stále nesrozumitelná. Mezi tyto výrazy patří např: a – oj, di – ku – u, au – po, me – d'a, Pe – pa, ko – o, ko – ka. Při hře s mluvidly se chlapci daří vyslovit ojedinělé výrazy, např. jauva či ajďa, které následně echolalicky opakuje jako slovní celky.

Předložený hláskový inventář nám podává informace o jemných motoricko - artikulačních dovednostech chlapce. Jeho rozložení po cca dvou letech nabízí nejen postupný nárůst či vymizení některých výrazů, ale umožňuje i přehlednou orientaci v časovém horizontu. Jemné motoricko – artikulační dovednosti se rozvíjí velice zvolna. U dítěte je ale pozorován velký mluvní apetit a pozitivní reakce v průběhu navázaného kontaktu.

8. 3. 1. Logopedická péče v Integrovaném centru Zahrada

Jak vyplývá z hláskového inventáře, dítě v tomto období (3,5 – 6 $\frac{3}{4}$ roku) napodobuje zvuky několika zvířat (koza, kráva, ovce, lev, slepice, kohout) a pojmenuje koně. Občas se zdá, že samohlásku ů polyká a vzniká výraz kň. Také zdvojuje slabiky ma-ma, ba-ba, pa-pa a používá onomatopoea. Chlapec projevuje velkou snahu o verbální komunikaci, přesto u něj převládá komunikace neverbální, kterou dokáže vyjádřit své pocity (mimika obličeje) či přání (ukazuje tak dlouho, dokud mu okolí nevyhoví), umí se rozloučit – posláním pusinky a pokud se mu něco líbí, nadšeně tleská. Terapie je zaměřena na rozvoj komunikačních dovedností s podporou prvků alternativní a augmentativní komunikace, které chlapci pomohou dorozumět se s okolím. Rodiče pracují také doma. Cvičení jsou orientována na rozvoj všech oblastí.

Tabulka č. 17: Hrubá motorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Lezení, poskoky, chůze přes překážky, chůze po schodech
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Hra s míčem, chůze po schodech (nahoru i dolů), nápodoba cviků (velké pohyby - vzpažit, dřep, klek)
5,5 – 6, $\frac{3}{4}$ roku (1998 - 1999)	Střídání končetin při chůzi po schodech, házení s míčem, skákání, stoj na jedné noze, tancování

Tabulka č. 17 předkládá aktivity napomáhající rozvoji hrubé motoriky. U chlapce je jejich postup pozvolný, od jednodušších činností po složitější. Podle potřeby dochází k úpravám jednotlivých aktivit a jejich vzájemnému prolínání (těžší x lehčí).

Tabulka č. 18: Jemná motorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Manipulace s velkými předměty, stavění a řazení kostek, navlékání velkých dřevěných korálek na pevnou tyčku
4,5 – 5, 5 roku (1997 – 1998)	Vkládání jednouchých tvarů, modelování, šroubování, provlékání

5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Manipulace s menšími předměty, navlékání korálek na méně pevnou oporu, stříhání, oblékání – zapínání zipu u kalhot, nácvik práce s knoflíkem, nácvik držení tužky
------------------------------	---

I v této oblasti dochází k postupnému ztěžování aktivit. U chlapce se projevují výrazné potíže. Více než v předchozí oblasti je nutné střídat obtížnost všech činností, tak aby dítě mělo alespoň částečný pocit úspěchu. Toto tvrzení dokládá neoblíbená aktivita - navlékání korálek. Chlapec postupně pracuje s pevnou tyčkou – s drátkem, s tkaničkou. Učitelé pomalu upravují i velikost korálek (zmenšují). Pokud se činnost zcela nedaří, nabídnou chlapci lehčí variantu. Takto jej motivují a opět zařadí složitější způsob.

Tabulka č. 19: Grafomotorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Chůze po pracovním a sbírání předmětů z podlahy – úchop, uvolňovací cviky
4,5 – 5,5 roku (1997 - 1998)	Čmárání do písku, úchop menších předmětů, uvolňovací a průpravné cviky
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Nácvik správného držení tužky – široké trojhranné dřevěné tužky, kreslení pomocí prstových barev

Potíže v oblasti jemné motoriky se promítají do vyšších oblastí. Chlapec je neschopen správného úchopu tužky. Nedaří se dostatečně uvolnit ruku. Myslím, že je velmi vhodně zvolena práce pomocí prstových barev. Do této činnosti se dítě velmi rádo zapojuje. Veškerá práce s tužkou je v této fázi připravována na větší plochu. Neméně důležitou oblastí jemné motoriky i grafomotoriky se stává koordinace ruka x oko.

Tabulka č. 20: Oromotorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 -1997)	Dechová cvičení – nádech nosem, výdech ústy, špulení rtů, pevné sevření a uvolnění rtů

4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Dechová cvičení – foukání do bublifuku, do vody, pišťalky – zaměření na různé délky a směřování výdechového proudu, nutná kontrola nádechu nosem, retný uzavěr – saní brčkem, práce s jazykem – pohyb ze strany na stranu, vyplazování
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Dechová cvičení – chlapec stále nezavírá ústa, pokračování v práci s jazykem – chlapec nedokáže jazyk zvednout, napodobování před logopedickým zrcadlem, využívání přírodních zvuků, špulení rtů a úsměv

Motorika mluvidel jako nejvyšší stupeň motorických schopností je postižena nejvíce. Chlapec nedokáže správně ovládat dýchání, proto je velmi důležité neustále procvičovat různé délky nádechů a výdechů či jejich směřování. K tomu napomáhají i uvolňovací cviky mimického svalstva.

Tabulka č. 21: Zraková percepce

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Rozpoznávání základních geometrických tvarů a barev, porovnávání velikosti – pojem malý x velký
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Rozpoznávání a třídění tvarů, barev, velikosti a jejich kombinace, práce s obrázky
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Třídění předmětů, materiálů podle určité vlastnosti, procvičování základní šesti barev, diferenciací obrázku – co je stejné, dle děje na obrázku

V oblasti zrakové percepce dochází nejprve k nácviku poznávání tvarů, barev a postupně i diferenciaci velikosti (velký x malý). Prvotní nácvik probíhá v jednotlivých kategoriích, které se dále spojují a kombinují. Nezbytnou součástí se stává práce s obrázky, jež se rozlišují podle různých znaků.

Tabulka č. 22: Sluchová percepce

Věk	Činnosti
4 - 4,5 roku (1996 – 1997)	Všeobecná orientace ve zvukových podnětech z okolního prostředí, určování směru a původu zvuku (dopravní prostředky, osoby, předměty denní potřeby...)

4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Určování směru a původu zvuku (bez zrakové kontroly), síla, délka, výška tónu (potichu x nahlas), poznávání hlasů zvířat
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Nápodoba, rytmizace (tleskání, vytukávání, dupání), poslech hudby (reprodukované i živé), říkanky, písničky, poznávání zvířat, hudebních nástrojů

Podobně jako u předchozích oblastí i sluchové percepce dochází k postupnému nárůstu náročnosti úloh, které jsou chlapci předkládány. Vzhledem k jeho zálibě v hudbě ho není těžké pro tyto činnosti motivovat.

Tabulka č. 23: Hmatová percepce

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Poznávání předmětů a rozlišování jejich vlastností (teplé x studené, tvrdé x měkké, suché x mokré)
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Diferenciace předmětů a jejich vlastností i bez zrakové kontroly
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Rozšíření aktivní základny pro hmatovou percepci (hranaté x kulaté, hladké x drsné)

Oblast hmatové percepce je orientována na schopnost vzájemně odlišit jednotlivé věci především podle jejich vlastností. Toto jednání se v prvních fázích uskutečňuje pouze pasivně. Posléze přichází druhá fáze, v níž dítě pracuje aktivně. V průběhu pracovního úsilí nejprve využívá zrakové kontroly. Nakonec aktivita probíhá bez ní.

Tabulka č. 24: Orientace prostorová a časová

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Orientace po budově, pojmy – nahoře x dole, před x za, nad x pod x na, schematické znázornění dne – ráno x poledne x večer
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Orientace ve třídě, v učebně i celé budově zařízení, pojmy – nahoře x dole, vpředu x vzadu, nad x pod, orientace v průběhu dne, napodobování pohybů a poloh těla, vnímání a poznávání vlastního těla

5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Zcela samostatná orientace v celém prostředí integračního centra, pojmy – procvičování předchozích, na začátku x na konci, na x ve x do, příkazy – jdi ke stolu, dej na (pod) stůl, dej autíčko na židli, do krabice, pod stůl, orientace na vlastním těle
------------------------------	--

Tabulka č. 24 znázorňuje postup při nácviku orientace. Nejprve je péče zaměřena na orientaci v prostoru, v níž se chlapec postupně orientuje ve třídě, učebně i celém zařízení. Důležitou součástí denního režimu se stává orientace časová, která se dále dělí na ráno x poledne x večer. Při práci jsou využívány prvky strukturalizace a vizualice. V další fázi dochází k připojení orientace na vlastním těle.

Tabulka č. 25: Paměť, pozornost

Věk	Činnost
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Přirazování dvojic (reálný předmět x fotografie), zvířata a jejich mláďata, práce s leporely
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Přirazování trojic (reálný předmět x fotografie x piktogram), třídění věcí podle funkce (pro denní potřeby, potraviny, hračky...)
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Poznávání jednotlivých objektů, vztahů mezi nimi a třídění do kategorií (ovoce x zelenina, dopravní prostředky, členové rodiny, vztah mezi lidmi, zvířata a jejich mláďata), počáteční počty (hodně x málo x jeden, první x poslední, před x za, plánování činnosti (teď x potom), počáteční čtení, práce s knihami či obrázky

Paměť a pozornost spadají do souboru oblastí, jejichž podpora hraje podstatnou úlohu v dalším vývoji dítěte. Tabulka č. 25 nám předkládá jejich postupný nácvik. Cvičení jsou zařazována postupně s ohledem na svou náročnost. Podobně jako u všech předchozích oblastí, je podstatné předkládané aktivity střídat, vracet se k jednodušším činnostem za účelem kontroly či zopakování a pozvolnému navázání o rozšiřující znalosti.

Tabulka č. 26: Pasivní slovní zásoba

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Práce s říkadly, básničkami, rozlišování barev, základních geometrických tvarů
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Nácvik porozumění řeči, plnění různých pokynů, věci denní potřeby, zvířata a jejich mláďata, oblečení, potraviny, poslech krátkého vyprávění
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Další rozšiřování jednotlivých celků, důsledné plnění pokynů, orientace v zařízení i blízkém okolí podle slovních instrukcí, práce s knihami, obrázky, komentování jednotlivých činností, používání alba řeči, podpora tvoření krátkých vět (s využitím obrázků a reálných situací)

Pasivní slovní zásoba chlapce je již v tomto období nepoměrně větší (cca 80 - 100 slov) nežli aktivní používání slov (cca 3 – 4 výrazy). Tvoří širší základnu, podle níž se dítě orientuje. V první fázi logoped zjišťuje objem pasivní slovní zásoby. Dále jej rozšiřuje o nové, pro dítě aktuální, slovní i větné celky. Nacvičuje porozumění určitým pokynům. Chlapec velmi živě reaguje na komentování obrázkových knih.

Při práci je využívána dramatizace vázající se k určitému říkadlu nebo příběhu. Dále obrázky, knihy, leporela, reálné předměty, hračky, situační hra, komentování činností a další. Logoped podporuje i velmi oblíbenou aktivitu dítěte - prohlížení knih, časopisů či letáků. Po každém setkání si jeden z letáků odnáší do třídy, kde je využíván pro následnou činnost.

Tabulka č. 27: Aktivní slovní zásoba *

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Dechová, artikulační cvičení, vokalizace, onomatopoea
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Postupné zdvojování hlásek a slabik, napodobování, dechová, hlasová, artikulační cvičení, využívání metod ozvěny
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Dechová, artikulační cvičení, nácvik pozdravu, požádání, poděkování, procvičování slov, které zná, pojmenování činností, rodiny, využívání metod komentování a zpětné vazby

* Toto označení používám na základě záznamů odborníků, přičemž podle mého názoru neodpovídá pojmu aktivní slovní zásoba.

V integračním centru je péče rozložena po celý den a po dohodě s logopedem rozvíjejí většinu oblastí současně i učitelé ve třídách. Toto propojení umožňuje efektivnější využití stávajících schopností v návaznosti na komunikační dovednosti. Podle dostupných materiálů IC, které matka obdržela jako roční plány, jsou v péči dané oblasti zařazena dechová cvičení. Chlapec se učí kombinovat různé délky dechu a usměrňování výdechového proudu. Dále prochází hlasovými cvičeními. Zde dochází k nácviku zacházení s hlasem - měkké hlasové začátky, výška a síla hlasu. Artikulační cvičení - nácvik pomocí přírodních zvuků a pohádka „O Jazyčku“ (Příloha č. 1). Dochází k podpoře zájmu o komunikaci s využitím krátkých rytmičkových říkanek, dramatizace, komentování. Při práci je využívána zpětná vazba, která se v této době daří. Rozvíjí se komunikační dovednosti jako pozdrav, poděkování, požádání či přání. Poprvé dochází ke spojování řeči x obrázků x piktogramů. Chlapec má, jak bývá u většiny dětí s mentálním postižením, rozvinutější pasivní slovník. V období jeho šesti let je zpoždění cca čtyřleté. Součástí terapie je další rozšiřování pasivního slovníku. Důležité, je ale i vlastní porozumění slovům, obrázkům a později piktogramům. U dítěte se v průběhu práce s logopedem začíná objevovat negativismus spojený většinou s agresivním chováním (škrábe a štípe). Na výkonech se projevuje i krátkodobá schopnost soustředit se. Rozvoj jemných motoricko – artikulačních dovedností chlapce je podrobněji popsán v tabulce č. 16, kterou tvoří hláskový inventář dítěte.

V průběhu docházky dítěte do integračního centra došlo ve školním roce 1998 - 1999 k integraci do běžné mateřské školy, s cílem rozvoje verbální komunikace s ostatními dětmi. Integrace probíhá 1x týdně po celé dopoledne za asistence pedagoga kmenového zařízení. Adaptace postupuje bez větších obtíží. Chlapec se pomalu zapojuje do některých činností. Ty jsou ale většinou opět charakteru taneční či rytmičkové aktivity. Ke spontánní komunikaci s ostatními dětmi nedochází.

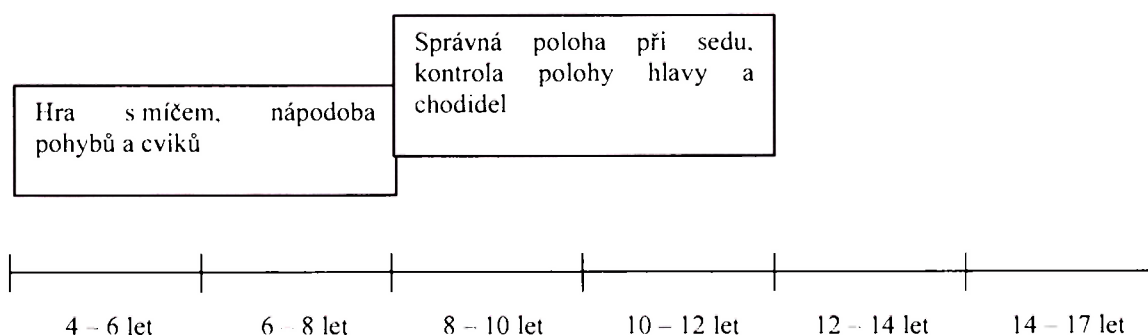
V komunikaci se nedaří spojení slova s piktogramem. Matka má pocit, že určitý znak či gesto by bylo vhodnější variantou. Z těchto důvodů se živě zajímá o znakovou řeč. Logoped integračního centra jí však vysvětlí, že chlapec není motoricky schopen tuto řeč používat. Matka přesto začíná v domácím prostředí instinktivně používat

přirozená gesta. Mezi ně patří například jíst, pít, máma, táta, prosím, odpočívat, pozdrav (jíst - ruku přiblížit k otevřeným ústům, pít – naznačit pohyb ruky, při němž dochází k přiložení nápoje k ústům, máma – ruce zvednout k hlavě a naznačit dlouhé vlasy, táta – prsty sáhnout na bradu, prosím – ruce dlaněmi k sobě a pohyb nahoru a dolů, odpočívat – ruce složené dlaněmi k sobě přiložit na ucho, pozdrav – ruku ohnout v lokti a zvednout s otevřenou dlaní). Všechna samozřejmě doplňuje slovně, tak aby dítě zůstávalo stále v kontaktu. I přes proměnlivou a krátkodobou schopnost soustředit se, chlapec občas gestem naznačí určitou potřebu.

8. 3. 2. Logopedická péče klinického logopeda

Počátky péče klinického logopeda o dítě spadají do vývojového období od 4 let po současnost (12/2009). V průběhu těchto třinácti let se na jeho péči podílely tři logopedky Foniatrické kliniky v Praze. Terapie se zaměřuje na všechny oblasti psychomotorického i kognitivního vývoje dítěte. Dále respektuje aktuální vývojový stupeň a postupuje podle šesti hlavních zásad v logopedické péči, jež popsal Kábele. Rozvíjeny jsou podobně jako v péči logopeda integračního centra tyto oblasti: zraková, sluchová, hmatová percepce, motorika hrubá, jemná, grafomotorika, motorika mluvidel, orientace prostorová, časová, pravolevá, paměť a pozornost, pasivní a aktivní slovní zásoba. Jejich podrobnější popis předkládám v následujících schématech.

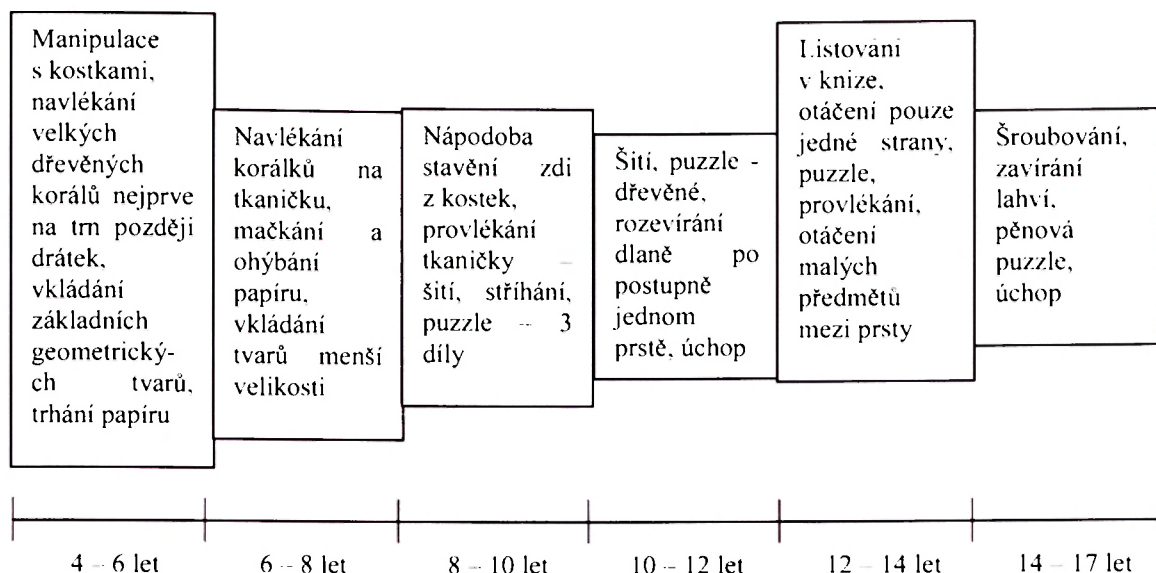
Schéma č. 7: Hrubá motorika



Vývoj hrubé motoriky u chlapce výrazně ovlivnilo reflexní cvičení podle Vojty, které je popisováno v části č. 5. Probíhalo v časovém horizontu 2 měsíců až 3 let. Vzhledem k této aktivitě docházelo k postupnému zlepšování v dané oblasti a dítě ve 23 měsících začalo samostatně chodit. I v dalším vývoji se tato oblast jeví výrazně lepší

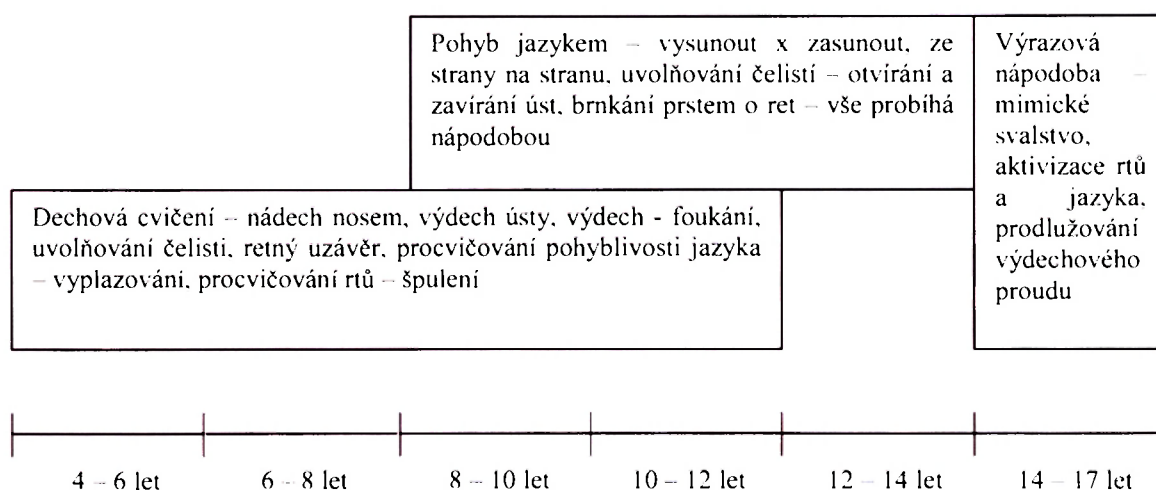
než motorika jemná. Proto následně docházelo k nácviku a upevnění pouze určitých prvků.

Schéma č. 8: Jemná motorika



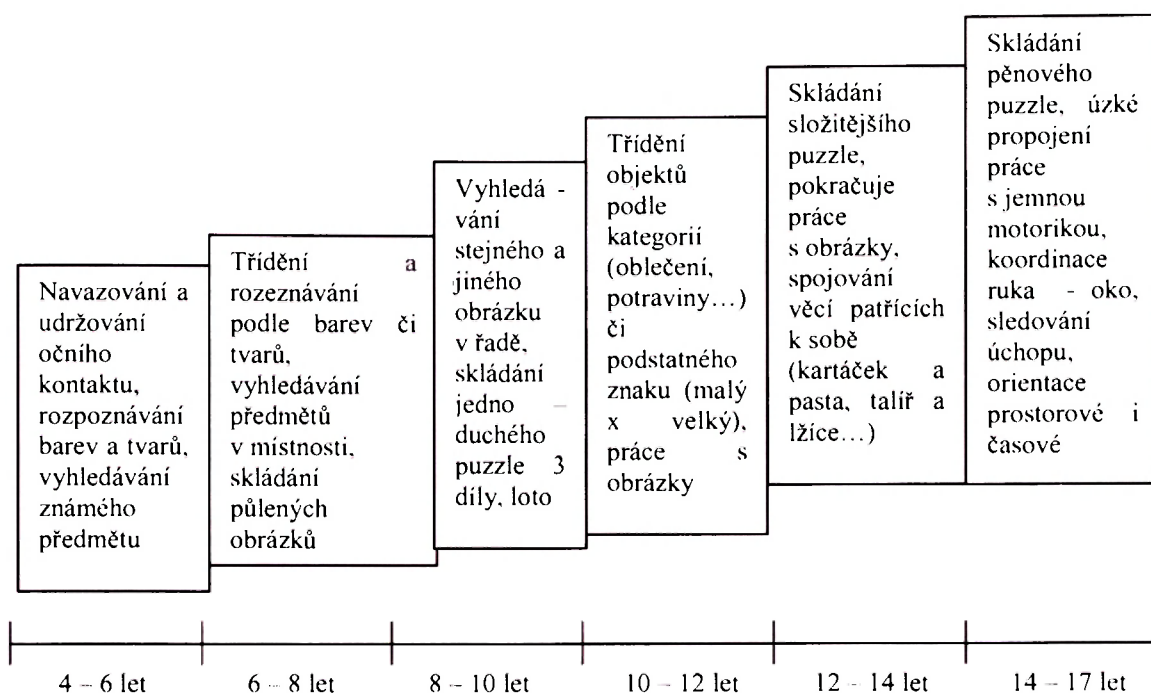
Jemná motorika je rozvíjena podle aktuálních schopností chlapce. Postup jednotlivých činností je chronologický. Na předkládaném schématu vidíme postupný růst náročnosti aktivit, které vyžadují stále jemnější práci. Důležitou součástí této terapie je neustálé opakování již nabitých schopností, tak aby se pohyby staly přesnými a docházelo k jejich fixaci.

Schéma č. 9: Oromotorika



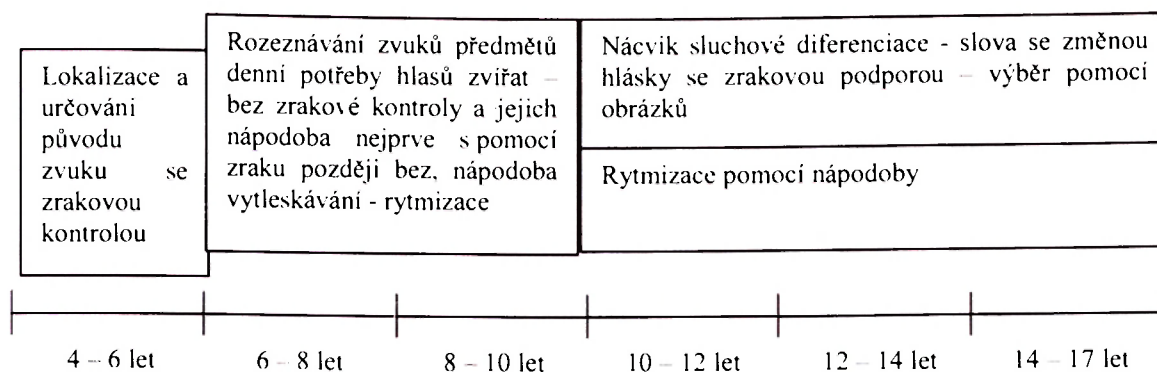
Procvičování motoriky mluvidel patří k velmi obtížné oblasti. Chlapec stále nadechuje ústy a výdech je velmi krátký (vyráží jej). Směřování výdechového proudu se daří pomocí foukání do kuličky z papíru, bublifuku, pingpongového míčku. Jazykem se daří pohyb ven i zpět do úst, vyplazování, pohyb ze strany na stranu. Samostatně však neprovede elevaci jazyka. Olizování celých rtů dítě nezvládá. Podobně jako nafukování tváří. Velmi spokojeně ale reaguje na tuto aktivitu logopeda - ihned se tváří dotkne. Další skupinou, jež se zcela nedaří, je výrazová nápodoba. Chlapec provede úsměv samostatně. Nedokáže jej však propojit ve střídavou aktivitu (např. úsměv x špulení).

Schéma č. 10: Zraková percepce



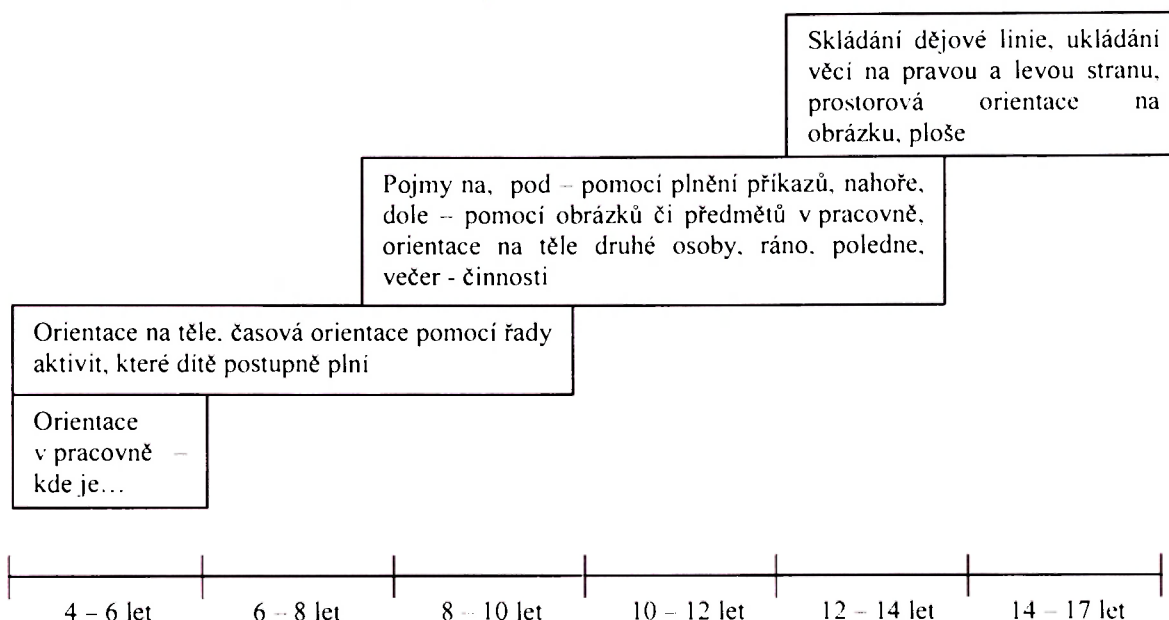
Oblast zrakové percepce se zpočátku zaměřuje na navázání a udržení očního kontaktu dítěte. Později se činnosti orientují na zrakovou diferenciaci spojenou s využitím různorodého obrazového materiálu. V neposlední řadě je pomocí různých vkládaček a skládaček rozvíjena zraková syntéza a analýza. Při práci dochází k prolínání jemné motoriky, vizuomotoriky, prostorové a časové orientace, pozornosti, sluchové percepce, hmatové percepce, pasivního slovníku i kognitivních schopností.

Schéma č. 11: Sluchová percepce



Sluchová percepce se ve většině aktivit neobejde bez zrakové kontroly. Začíná lokalizací zvuku a určením původu zvuku. Postupně dochází k omezení zrakové percepce u jevů, které dítě již zná (zvuky zvířat, předměty denní potřeby, dopravní prostředky). V péči je využívána jeho záliba v říkankách a básničkách. Při této činnosti chlapec zvládá i neobratné pohyby podobající se určité gestikulaci.

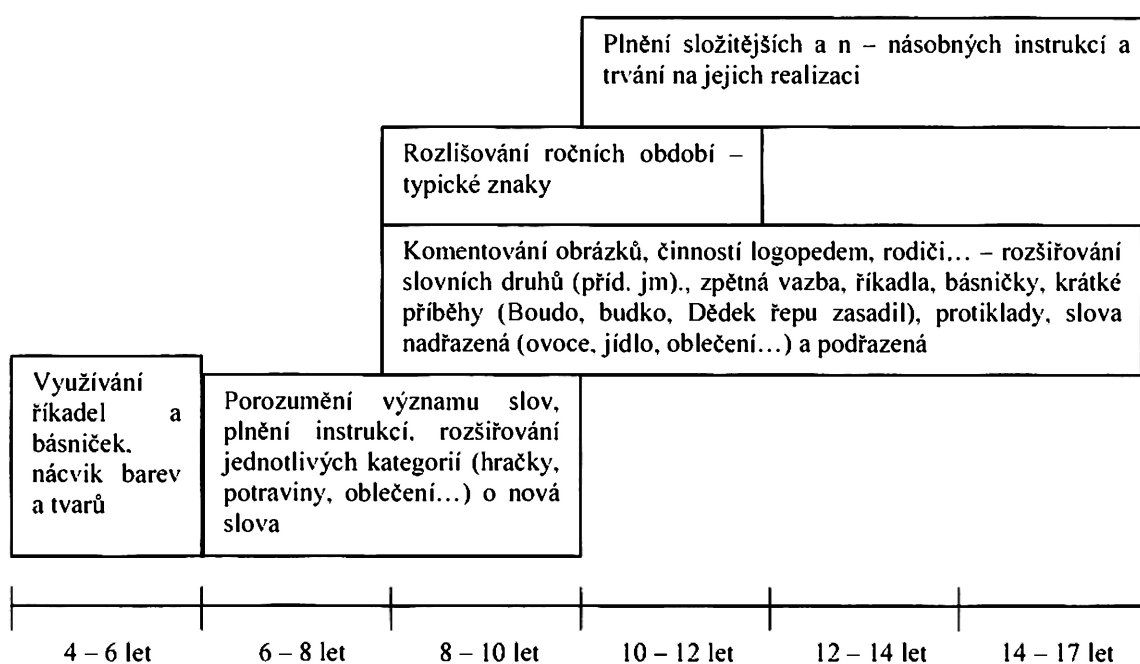
Schéma č. 12: Prostorová, časová, pravolevá orientace



Rozvíjení orientačních schopností začíná na orientaci prostorovou. Ta je zpočátku zaměřena na obeznámení dítěte s novým prostředím, orientaci na vlastním těle. Pomalu přechází v plnění instrukcí, kdy zjišťujeme znalost pojmů na, pod, nahoře a dole. Výsledkem je správné určení či vyhledání požadované informace na obrázku. Současně je rozvíjena časová orientace. Vzhledem k aktuálnímu vývoji v kognitivní oblasti se nejprve přistupuje k ukázce reálných pomůcek, jejichž prostřednictvím budou

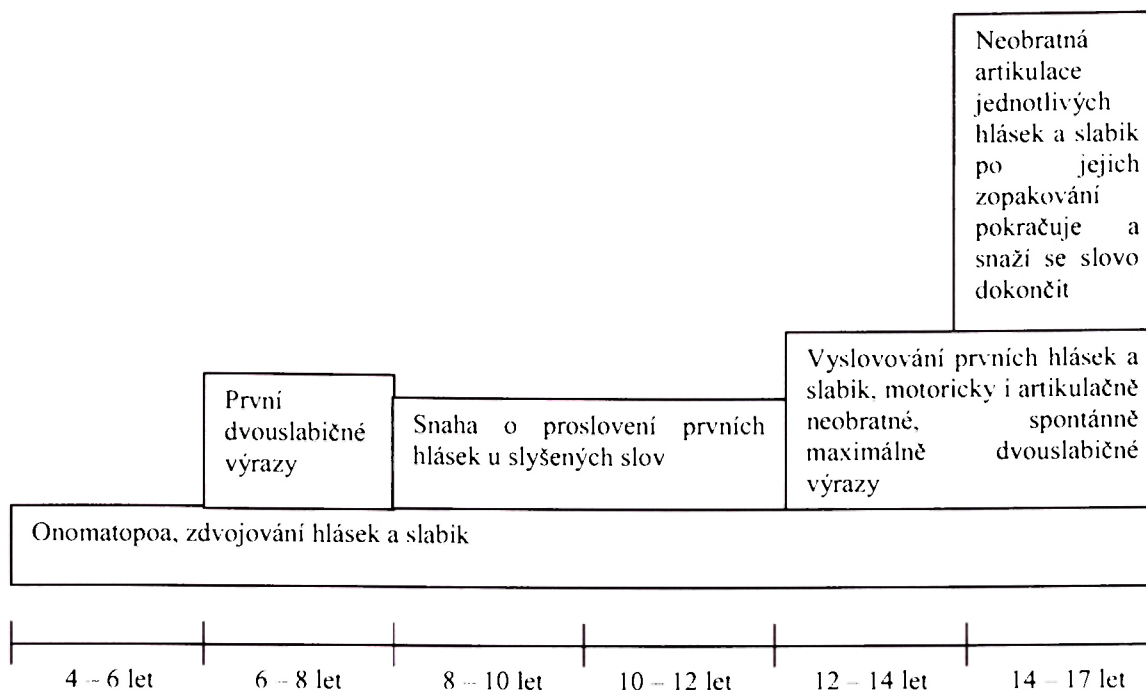
naplánované aktivity plněny. Následuje nácvik základního rozdělení dne – využívají se obrázky typických činností daného časového rozmezí. Naposled chlapec skládá dějové linie. Tato činnost koreluje s pravolevou orientací, kdy se dítě učí čtení zleva doprava. P/L orientace nastupuje jako poslední. Chlapec diferencuje předměty a ukládá je podle určitého znaku na pravou či levou stranu. Nácvik je prováděn i v oblasti sebeobsluhy – oblékání.

Schéma č. 13: Pasivní slovní zásoba



Pasivní slovní zásoba je u chlapce na velmi dobré úrovni. Rozumí všem příkazům, ale je nutné dbát na jejich důsledné plnění. Velice dobře reaguje na různá říkadla či krátké pohádkové příběhy. Při práci jsou využívány různé pomůcky – od zvukových, taktilních a vizuálních hraček přes různé doplňovačky po obrazový materiál (leporela, knihy, letáky...).

Schéma č. 14: Aktivní slovní zásoba*



* Toto označení používám na základě záznamů odborníků.

Aktivní slovní zásoba chlapce se rozvíjí velice pomalu. V péči o dítě dochází k propojování všech rozvíjených oblastí. Jako velmi důležitá se jeví metoda komentování veškerých činností dítěte, přítomných osob či obrazového materiálu. Další práce navazuje na zpětnou vazbu chlapce s ohledem na podporu mluvního apetitu. V období mezi 8 – 10 rokem života se objevují náznaky o proslovení prvních hlásek a slabik slyšených slov. I když je nedokáže motoricky správně vyslovit a z úst mu vychází odlišný zvuk. Stále dochází k opakování dané hlásky tak dlouho, dokud není vyslyšen. Současně je tato komunikace podporována náhradními způsoby, tj. metodami alternativní a augmentativní komunikace.

8. 3. 3. Logopedická péče logopeda SPC při SŠ, ZŠ a MŠ

Po nástupu do školy (7 let) je chlapec vřazen do péče logopeda SPC při SŠ, ZŠ a MŠ Chotouňská. Jeho péče navazuje na terapie započaté v integračním centru a na klinice. Opět jsou rozvíjeny všechny důležité oblasti psychomotorického a kognitivního vývoje.

Individuální logopedická péče probíhá v průběhu vyučování. Chlapec je z hodin odváděn logopedem či učitelem a po ukončení sezení přiváděn zpět do třídy. Četnost

jednotlivých konzultací je určena věkem. V období 7 – 12 let 2x týdně 15 – 20 minut. Od 13 – 15 let dochází chlapec 1 týdně 15 – 20 minut. Od 16 – 17 let vstupuje do péče další logoped SPC, jež se zaměřuje na alternativní komunikaci. Z těchto důvodů jsou sezení opět vedena 2 x týdně po stejný časový úsek jako v předchozích letech.

Terapie je zaměřena na rozvoj dovedností, které lze chlapce naučit a uplatňovat v rámci sociálního chování (pozdrav, poděkování) a snahu o verbální projev pro vyjádření svých pocitů a přání. Práce probíhá kombinací komunikace neverbální, verbální a alternativní - použitím černobílých obrázků. Tyto obrázky pocházejí z učebnice pro globální čtení. Dle jednotlivých celků – oblečení, potřeby denní potřeby atd., se chlapec pokouší o pojmenování jednotlivého předmětu. Obrázek plní funkci náhradního komunikačního prostředku. K tomuto účelu je podstatné porozumění jednotlivým obrázkům a slovům – pasivní slovní zásoba. Nadále jsou uplatňována cvičení dechová, hlasová a artikulační, v nichž jde především délku a směřování výdechového proudu, fonaci a nápodobu správného postavení mluvidel. V popředí péče zůstává i procvičování pozornosti, která stále není na potřebné úrovni. Všechny aktivity jsou uplatňovány hravou formou, tak aby bylo dítě pozitivně naladěno k práci. Za každý pokus následuje pochvala.

Přesto dítě začíná pomalu ztrácet zájem o verbální komunikaci a stále častěji se projevuje neverbálně (ukazuje, přinese si, co chce). Pomalu se začínají naplňovat obavy matky o možné ztrátě motivace ke komunikaci v prostředí, kam chlapec pravidelně dochází a osoby, jež jsou s dítětem v denním kontaktu, mu rozumí. Z těchto důvodů matka doma přemísťuje předměty, které chlapec obvykle používá. Jiné místo uložení má nyní i pečivo a další potraviny. Její snaha spočívá v možnosti navození podmínek, při nichž je dítě nuceno o věc požádat verbálně či gestem. Veškeré aktivity ale vede spíše k agresivním projevům. Chlapec pouze obchází předchozí místa uložení. Nakonec si vybírá věci pouze z lednice a spokojeně je matce nosí ukázat. Chlapec se v tomto období nachází ve věku devíti let a matka navazuje kontakt s centrem alternativní a augmentativní komunikace (CAAK). Logoped SPC stále pokračuje v započaté terapii.

V období chlapcových 11 let dochází k výměně logopedů v tomto zařízení. Současně se mění i terapie. Nyní se z rozhodnutí logopeda více zaměřuje na verbální komunikaci. Ve škole přestávají při práci používat symboly. Dochází k dalšímu rozvoji

pasivní i aktivní slovní zásoby. Důraz je kladen na porozumění a vyvozování hlásek, jež se chlapec snaží vyslovit. Toto vše probíhá i přes chlapcovy omezené motorické schopnosti.

V současné době (12/2009), jak bylo uvedeno dříve, je péče podpořena 1 x týdně (15 minut) terapií zaměřenou na alternativní komunikaci. Tato péče je orientována na vlastní porozumění (tematické celky – škola...), rozvoj oromotoriky, rytmizaci, práci s počítačem.

8. 3. 4. Logopedická péče se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)

Spolupráce s tímto zařízením byla iniciována matkou po poradě s klinickým logopedem, kdy dochází k agresivním reakcím dítěte na neschopnost vlastního vyjádření a komunikace s okolní společností. Dítěti je 9 let, navštěvuje speciální školu, kde mu logopedickou péči poskytuje logoped působící při SPC a současně od 4 let dochází na pravidelná sezení ke klinickému logopedovi. Chlapec v této době používá onomatopoea, všechny samohlásky, zdvojuje slabiky a používá cca 5 - 7 dvouslabičných slov, snaží se vyslovit první hlásky slyšených slov, rozumí a dokáže splnit jednoduché instrukce, umí se orientovat v běžných sociálních situacích.

Tabulka č. 28: Rok 2001 – 9 let

Aktivity	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik používání a propojování fotografií, barevných piktogramů, gest, slov	Méd'a – pasivní sledování	Občasné používání 4 – 5 gest (jíst, pít, ahoj, prosím, auto)	Používá pouze v případě naléhání se současným předložením komunikační tabulky
Písničky s doplňováním piktogramů – nejprve pasivně, později aktivně	Play family		
Výběr aktivit zpočátku z 2 piktogramů	Méd'a 99		
Počítačové programy	Speech Viewer		
Tvorba komunikačních tabulek a nácvik jejich používání	Gordi v říši her – zakoupen i rodiči		

První schůzka je zaměřena na zjištění schopností dítěte a formou rozhovoru i rozvíjených aktivit dochází k diagnostice chlapce. Speciální pedagog tohoto zařízení je matkou seznamován s dosavadní péčí o dítě, jejím hodnocením chlapcových dovedností i očekáváním výsledků v případě používání náhradních komunikačních systémů. Rozhovor probíhá v příjemném prostředí tohoto střediska. Matka je společně s dítětem seznámena s prostředím a metodami práce užívaných tímto zařízením. Současně dochází k navržení terapie.

Druhá schůzka následuje přibližně za měsíc. Matka si v průběhu tohoto časového rozmezí má připravit slova, která v průběhu komunikace se synem nejčastěji používá. Při sezení matka předvádí gesta, jimiž doplňuje komunikaci a přidává dotaz na několik dalších. Především ji trápí, že syn nedokáže vyjádřit souhlas či nesouhlas pomocí ano x ne. Do této chvíle mu musí být předmět ukázán a on jej vezme do ruky nebo odstrčí. Další potíže nastávají při volbě nabízených aktivit, kdy chlapec nezvládne projevit zájem o určitou činnost. Z předložených materiálů není patrné, zda je příčinou nedostatečné rozumění či počáteční potíže spojené s adaptací na nově používané metody. Vše probíhá formou dovedení dospělého a vložení předmětu do dlaní. Na závěr jsou matce předvedena požadovaná gesta. S matkou je probrána spolupráce se školou v oblasti alternativní a augmentativní komunikace. Současně je upozorněna na skutečnost nechat chlapce vybírat si z reálných předmětů i obrázků (matka již využívá obrázky z letáků) v jakékoli situaci.

Vzhledem ke skutečnosti, že chlapec pracoval v integračním centru s černobílými piktogramy (PIC), které ale jinak užívat odmítal, je pro následný postup zvolen jednodušší typ piktogramů (barevný - Picture Communication Symbols). Poté dochází k propojování reálného předmětu x fotografie x barevného piktogramu či piktogramu x gesta x slova. Barevné piktogramy jsou podpořeny písničkou v symbolech. Dítěti se nejprve předkládají připravené piktogramy. Následuje jejich pojmenování doprovázené gestem. Poté pedagog zpívá vybranou píseň. Chlapec poslouchá a sleduje, jak učitel přikládá symboly do řady za sebou ve správném pořadí podle právě zpívané části. Jeho následující aktivita spočívá v doplnění symbolu za zpívané slovo. Tato forma práce se dítěti velmi zamlouvá, ale v jiných činnostech se

nedaří symboly užívat. Pomalu však dochází ke zlepšení a postupnému nahrazení některých fotografií právě barevnými piktogramy. V průběžných sezeních následujících v šestitýdenních intervalech je chlapci nabízena aktivita nejprve ze dvou a později z více piktogramů souběžně s použitím gest a slov. První tabulky jsou tvořeny pro jednotlivé činnosti s maximálním počtem šesti symbolů (Příloha č. 2).

Při práci chlapec projevuje větší zájem o barevné piktogramy než o gesta. Ta se stále drží přibližně v počtu 4 – 5 gest (jíst, pít, ahoj, prosím, občas auto). Na základě tohoto poznatku matka začíná fotit hračky, pomalu hledá nová slova, která by bylo vhodné do připravovaných tabulek zařadit. Velmi podstatnou skutečností, na níž musí být matka stále upozorňována, je nabízet dítěti možnost výběru v reálných situacích. V opačném případě pozbývá komunikace smysluplnosti, protože je brána jako výuka a tudíž ztrácí na přitažlivosti. Vzhledem k již využívanému aktivnímu výběru možností dalších činností, vytvoří matka jednoduchou komunikační tabulku týkající se potravin (Příloha č. 3).

Současně chlapec projevuje větší zájem o počítač a s ním spojené aktivity. Postupně jsou uplatňovány programy – Méd'a 99, Play family, Speech Viewer, Gordi v říši her. Vzhledem k potížím v motorické oblasti dochází i k používání dotekové obrazovky.

Ve spolupráci se školou, kterou chlapec navštěvuje, přináší maminka návrh nových slov, která mohou být využívána ve školním prostředí. Většinou se jedná o přídavná jména a slovesa týkající se nácviku sebeobslužných návyků (Příloha č. 4, 5).

Tabulka č. 29: Rok 2002 – 10 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik globálního čtení	Brepta	Speciálním pedagogem CAAK hodnoceno - bez zjevného pokroku.	Používá cca 6 symbolů (jíst, pít, škola, domů, spát, bolí)
Prolínání a kombinace užívání znaků, symbolů, slov, globálního čtení	Dále se pracuje s programy – Méd'a 99, Play family, Gordi v říši her		
Piktogramové pohádky, později snaha o	Méd'a 99 – zakoupen domů		

spojování s gestem			
Grafomotorika – dokreslování obrázků s vedením			

K prvnímu většímu používání komunikační tabulky dochází v období chlapcových 10 let. Dítě přijímá přibližně šest symbolů, jimiž dokáže vyjádřit své potřeby a přání. Piktogram znázorňující bolí, chlapci připadá velmi legrační – často na něj ukazuje a směje se (hoch ukazuje červený prst a ve tváři má bolestný výraz). Gesta opět ustoupila do pozadí. V centru dochází k rozšiřování činnosti využívání symbolů, gest a slov u pohádek (Boudo, budko, Červená karkulka a další). Chlapec se do těchto aktivit zapojuje s nadšením. Naznačuje klepání, ukazuje, které zvířátko přijde k budce. Dále se rozvíjí kreslení. Lépe řečeno dokreslování částí obrázků s vedením (Příloha č. 6). Chlapec si odnáší několik nedokončených obrázků i domů. V zatavené folii se jejich použitelnost stává mnohonásobnou. Matka zakupuje další z používaných počítačových programů – Méd'a 99, s jehož pomocí cvičí v domácím prostředí. V centru je nabídka rozšířena o počítačový program Brepta. Tento program má složitější ovládání. Z důvodu častého ukazování na monitor a dotyku na ruku dospělého znamenající pokyn k provedení potvrzení či označení určitého objektu je centrem zapůjčeno k domácí aplikaci jednodušší zařízení – Big Mac (větší a jednodušší forma myši).

V této době dochází k užití první medikace (Rispen) - agresivní chování. Chlapec se jeví klidnější. Jednou z možných příčin agrese by mohla být neschopnost plnohodnotné komunikace dítěte. Po dohodě s pedagogem dochází k nácviku metody globálního čtení. Počátky jsou zahájeny fotografiemi rodinných příslušníků a k nim samostatně vytvořeným jménům. K těmto označením hledá stejná a dále přiřazuje k fotografiím. Metoda je postupně rozšířena na pojmenování zvířat a činností, které chlapec ovládá.

Práce s piktogramy ale nekončí. Naopak. Všechny zúčastněné strany (rodiče, učitel ve škole, logoped SPC) se snaží o její rozšíření. Do nových tabulek jsou postupně zařazeni spolužáci i prostředí ve škole (třída, jídelna, šatna). Dochází i k návštěvě

speciálního pedagoga ve škole a nácviku činnosti práce s komunikačními tabulkami. Doma má dítě každou místnost označenu fotografií a připevněnou pomocí suchého zipu na viditelném místě. V koupelně nachází symboly označených několik předmětů (mýdlo, kartáček na zuby, pasta, kelímek, ručník). V dětském pokoji má u postele připevněný široký pruh suchého zipu, na němž jsou umístěny piktogramy s různými možnostmi aktivit, hraček, školních potřeb či místností (v současné době 12/2009 již daná označení u chlapce doma nenajdeme). Ke zjevné volbě jednotlivých symbolů dochází ojediněle, ale je podporován i sebemenší náznak. Desky s komunikačními tabulkami se stále rozšiřují, např. o nabídku videokazet pro sledování pohádek nebo titulů oblíbených knih. Pomocí symbolů se chlapec vede částečně odpovídat na jednoduché otázky, tj. Čím jsi sem přijel? Tramvají nebo autem?, nebo Co létá?, Co jíme? Tyto odpovědi však nejsou podníceny jeho vlastní aktivitou. Symboly s tabulkou mu musí být stále nabízeny.

Tabulka č. 30: Rok 2003 – 11 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Pohádky s piktogramy	Méd'a čte	Mává, tlučá, používá v pohádkách či u vět v symbolech, jež přiřazuje k fotografiím	Ukazuje pouze v případě nabízených symbolů.
Symboly, gesta, globální čtení, slova – propojování, nácvik porozumění	Méd'a počítá		Samostatně nepoužívá
Výběr ze 4 nabízených činností pomocí symbolů	AC - Keyboard		
Přiřazování vět v symbolech k fotkám	Programy z předchozích let		
Propojování vět v symbolech s gesty			

V 11 letech chlapec ve škole mění vyučujícího i logopeda SPC a spolupráce se školou v oblasti augmentativní a alternativní komunikace ochabla. Třídní učitel tvrdí,

že ve škole si chlapec pouze prohlíží komunikační sešit a nevyužívá označení místností ani předmětů. Raději se vyjadřuje verbálně s první hláskou či slabikou na začátku slov. Za pravdu mu dává i logoped.

Přesto, po dohodě speciálního pedagoga CAAK a matky, dochází k novému rozšiřování komunikačních tabulek. Chlapec se rád zapojuje do domácích činností (luxuje, myje nádobí, prostírá, vaří), pomáhá prarodičům při práci se zvířaty (krmení) či na zahradě (hrabe, okopává) - (Příloha č. 7). Při práci se symboly dítě dokáže k fotografii přiřadit větu složenou ze dvou až tří symbolů. Použití manuálních gest z jazykového programu Makaton je občasné a jejich aktivní využití výjimečné. Tridním učitelem je matka požádána o vytvoření strukturního plánu činností v průběhu celého týdne (Příloha č. 8).

Tabulka č. 31: Rok 2004 – 12 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Zrakové rozlišování různých obalů a spojování s nabízenými obrázky	Beruška	Občas naznačí, ale jejich zásoba nenarůstá	Stále pouze při nabídnutí
Globální čtení – celá slova, po jednotlivých hláskách	Programy již používané – Méd'a čte, počítá, AC - Keyboard		
Reálný předmět x obrázek			
Zvuková pexesa			

Chlapec již poznává a bezpečně určí samohlásky. Komunikace dále směřuje k možnosti globálního čtení ve spojení se symboly. K jednotlivým písmenům přiřazuje správné symboly. Při této činnosti pomáhá počítačový program AC – Keyboard. Tento program pomocí hlasového výstupu po zapsání pojmenuje jednotlivá písmena a tak umožňuje hlasité čtení slov nebo vět podle výběru dítěte. Dítě přečte cca 15 slov.

Dále dochází k posunu v globálním čtení. Chlapec má na barevném podkladě zapsána určitá slova bez obrazového doprovodu. Stejná pomůcka je rozstříhána.

Chlapec podle předkládaného vzoru skládá jednotlivá písmena ve slovo. Pracuje již se dvěma takto rozstříhanými slovy. Každé z nich je ale barevně rozlišeno. Dítě tak má dva úkoly. Nejprve si musí slovo roztrždit a později sestavit (Příloha č. 9).

Tabulka č. 32: Rok 2005 – 13 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Analýza první hlásky	Žádný nový program nepoužívá	Málo srozumitelné ale občasně použije adekvátně situaci	Stále pouze nabízené
Globální čtení se znaky	Využívá všechny programy z předchozích let a to v rozličných kombinacích (dle zaměření cvičení, aktuálního stavu)	Bez rozšíření zásoby	
Nácvik orientace v rozšířených tabulkách – oblečení, co má na sobě, co se nosí v zimě x v létě, barvy - většinou spojeno s barvou určitého oblečení			

Opětovné rozšíření komunikačních tabulek je aktivováno spíše matkou, která by ráda nabídla chlapci nové symboly s očekáváním většího zájmu. Tentokrát se tabulky věnují oblečení a barvám. Jednotlivé symboly jsou menší – více symbolů na stránce. Řazení podle jednotlivých kategorií. Některé jsou odlišeny barevným podkladem. Vzhledem k neprojevenému zájmu dochází k většímu zaměření na gesta. I když jejich aktivní používání je méně srozumitelné, občas bývá adekvátní situaci. Současně, možná s příchodem puberty, se objevuje opět větší agresivita. Také upozornění na vlastní osobu bývá bolestivé. Verbální komunikace stále na úrovni prvních hlásek a slabik. Podle speciálního pedagoga CAAK lépe ovládá motoriku mluvidel a srozumitelnost je lepší. Obě oblasti však nejsou dostačující.

Tabulka č. 33: Rok 2006 – 14 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Globální čtení	Žádný nový program nepoužívá	Zájem chlapce opětovně upadá	Rád listuje a prohlíží komunikační tabulky. Sám však aktivně nepoužije k vyjádření.
Rytmizace	Využívá všechny programy z předchozích let a to v rozličných kombinacích (dle zaměření cvičení, aktuálního stavu)		
Slovesa se znakem			

V roce 2006 je dítě přerazeno do třídy složením lépe odpovídající jeho schopnostem. Bohužel s pubertou se objevuje velký negativismus, odmítá většinu činností a krátkodobá schopnost soustředit se chlapce značně omezují v dalším rozvoji. Odmítání dosahuje takové úrovně, při níž není možné dále používat komunikační tabulky. Z těchto důvodů dochází k ukončení spolupráce s centrem alternativní a augmentativní komunikace (CAAK). V případě změny je možné se opět pokusit o vzájemnou kooperaci. Posledním úspěchem se proto stává skládání jednoduchých vět se zrakovou kontrolou z nabízených slov a podle fotografie. Rozvíjí se hlavně slovesa – činnosti a podstatná jména.

9. Současný stav

12/2009

Chlapec se velmi trápí svou neschopností komunikovat s okolím tak, aby si vzájemně rozuměli. Uvědomuje si svůj problém. Učitel hodnotí jeho pasivní slovní zásobu na základě výkonů v průběhu vyučování jako dobře rozvinutou. Komunikace ale stále zůstává na již popsané úrovni počátečních hlásek či slabik. Nynější stav kolísá mezi mírným zlepšováním a stagnací.

V současné době chlapec zná všechna písmena velké tiskací abecedy. Ve třídě, kterou nyní navštěvuje (8. ročník speciálního vzdělávání), probíhá výuka také s pomocí počítače. Dle diktátu správně zapíše pomocí klávesnice zadané písmeno. Postupně přechází ke kratším slovům. Chlapce tento způsob práce viditelně zajímá a ukazuje se jako další možnost alternativní komunikace. Postupuje i v ostatních oblastech. Především v globálním čtení, kdy správně přiřadí jméno k fotografiím spolužáků či učitelů. Většinou se řídí počátečním písmenem jména. Pokud dojde ke shodě písmen, přiřazení ještě vázne. V jiných okruzích, např. náradí, ovoce, zelenina, oblečení přiřazuje samostatný název bez problémů pouze k nápisem označeným obrázkům. U jemu známých předmětů i bez nápisu pod obrázkem. Názvy objektů jsou popsány velkou tiskací abecedou. Současně dochází k nácviku rozpoznávání písmen a slov složených z malé tiskací abecedy. Grafomotorika a rozvoj psaní není v tomto případě úspěšné. Využívá se náhradní forma – počítač.

Školní denní program (časová orientace) je nyní zajištěn strukturovaným rozvrhem hodin. Každý den má na stěně svého pracovního boxu seřazeny činnosti, které v průběhu dne absolvuje. Po jejich ukončení je daná činnost dítětem sejmuta a uklizena. Takto má chlapec přehled o denních aktivitách již splněných a očekávaných. V rozvrhu je označena i osoba, s níž dítě odchází domů. Jednotlivé školní povinnosti nejsou předkládány pomocí symbolů, ale zapsané velkou tiskací abecedou. Orientace v budově školy či doma probíhá zcela bez problémů. Chlapec chodí samostatně. Potíže se objevují ve venkovním prostředí. Pokud nemá dítě oporu ve vyučujícím, rodiči či jiné jemu známé osobě, dochází ke zjevné dezorientaci v neznámém prostředí.

Komunikační dovednosti chlapce odpovídají popisu v hláskovém inventáři (tabulka č. 16). Nepřesnost v tvorbě i výslovnosti hlásek je stále velká, ale přesto dítě mluví zřetelněji (pro blízké okolí). Dále rozumí zadaným pokynům a bez větších potíží vyhoví. Nabízené komunikační tabulky se symboly pro určité aktivity odmítá. Rád jimi ale listuje a ukazuje na známé tváře nebo prostředí. Symboly je schopen využít pouze k cílené výuce s velkou motivací. Z vlastní iniciativy stále dává přednost reálným předmětům či vlastnímu vyhledání a přinesení požadovaného předmětu. Aktivní výběr z poskytnutých tabulek je negativní. Matka v průběhu komunikace se synem vždy používá většinou jedno jednodušší gesto charakterizující obsah sdělovaného. Tyto znaky dle dostupných materiálů vycházejí spíše z programu – Znak do řeči než z Makatonu. Poslední zařazenou pomůckou do výuky je hlasový výstup Go Talk 9+.

Logopedická péče prolíná resortem školství i zdravotnictví (klinický x logoped SPC). Bližší popis v kapitolách 8.3.2. a 8.3.3. Dle třídního učitele se pro chlapce rýsuje možnost psaní na počítači či jiném technickém přístroji s větší klávesnicí podobného mobilnímu telefonu. Dítě potřebuje větší rozměr pomůcky s ohledem na jeho motorická omezení.

10. Diskuse

Katamnstickým šetřením byl v této práci popsán vývoj jedince s kombinovaným postižením se zaměřením na řeč a komunikaci v kontextu s poskytovanou logopedickou péčí. Současně byl proveden rozbor a analýza logopedických postupů.

V tomto případě je péče zajišťována především matkou, která v průběhu let spolupracovala s řadou odborníků. Společně se snaží pomocí různých metod práce stimulovat schopnosti a dovednosti dítěte. Komplexní terapie zahrnuje vlastní diagnostiku dále rehabilitaci, plavání, hipoterapii, canisterapii, muzikoterapii, videotrénink interakcí či péči logopedickou. Naše pozornost se soustředila na část řeči a komunikace. Ze schématu č. 5 vyplývá skutečnost zahájení logopedické péče až ve věku 4 let, což považujeme za **velké opoždění**. Z dostupné dokumentace nelze přesněji určit, jak v počátcích péče probíhal diagnostický logopedický proces. I tento fakt ovlivnil následující volbu terapeutických postupů. Z hlediska absence středisek rané péče – neměli rodiče kromě „zdravotnické“ péče možnost kontaktovat další pracoviště. Analýza terapie se zaměřením na komunikaci a řeč ukázala **souběžnou logopedickou péči dvou resortů**. Výpověď matky a záznamy ze speciálních školských zařízení dokládají, že nebyly koordinovány postupy v obou resortech. V některých etapách logopedické péče nebylo možné dohledat četnost logopedické péče, cíle a z nich vyplývající volby postupu péče. **Frekvenci** logopedické péče považujeme za zásadní u takto těžkých kombinovaných postižení. Ve sledovaném případě byla matka výrazně aktivní, pracovala podle pokynů, avšak samotné setkávání s odborníkem považujeme za nedostačující. Absence dobře vedených záznamů zejména ve školských zařízeních svědčí o nedefinovaných standardech v péči. Analýza dokumentace také ukazuje na překrývání zejména logopedické a speciálně pedagogické péče, což svědčí o nekoordinaci kompetencí i oblastí v komplexní péči. Při takto těžkém kombinovaném postižení musí logopedická péče zahrnovat 3 základní úrovně – primární funkce, řeč, komunikace. Z tohoto pohledu můžeme říci, že v péči zdravotnické - nebyly řešeny primární funkce, úroveň komunikace. Ve školských zařízeních (s výjimkou jednoho specializovaného pouze na komunikaci) nebyly zahrnuty všechny oblasti.

Tabulka č. 34: Přehled logopedické péče

Věk	0-3 roky	4 – 6 let	7- 8 let	9 - 14	15 a více let
Logopedická péče	-----	Klinický logoped (zdravotnictví) Logopedická péče v IC	Klinický logoped Logoped SPC	Klinický logoped Logoped SPC Logoped SPC (AAK)	Klinický logoped Logoped SPC
Dg.	-----	OVR – VD dysartrie	Symptomatická vada řeči, dysartrie, PAS	Symptomatická vada řeči, dysartrie, PAS	Symptomatická vada řeči, dysartrie, PAS
Oblasti terapie	-----	Motorika, percepce, porozumění, slovní zásoba, prostorová orientace, dýchání, fonace, artikulace	Motorika, percepce, porozumění, slovní zásoba, prostorová a časová orientace, dýchání, fonace, AAK – nácvik globálního čtení	Motorika, percepce, porozumění, slovní zásoba, prostorová, časová, P/L orientace, AAK, dýchání, fonace, artikulace	Motorika, percepce, porozumění, slovní zásoba, prostorová, časová, P/L orientace, AAK, dýchání, fonace
Technické pomůcky	-----			Počítač, dotyková obrazovka, Big Mac, počítačové programy	Počítač, dotyková obrazovka, hlasový výstup Go Talk 9 +, počítačové programy
Frekvence	-----	Klinický log.: 4 – 5 let 1 x 14 dní 6 let 1 x 3 týdny	Klinický log.: 7 let 1 x 3 týdny 8 let 1 x měsíčně	Klinický log.: 1 x měsíčně	Klinický log.: 1 x 2 měsíce
		Logoped v IC cca 3 x týdně, přesně nezjištěno – info matka (vzpomínky)	Logoped SPC: 2 x týdně	Logoped SPC: 9 – 12 let 2 x týdně 13 – 14 let 1 x týdně SPC (AAK): 1 x 6 týdnů	Logoped SPC: 15 let 1 x týdně 16 - 17 let 2 x týdně
Délka jednotlivé „lekcce“		Klinický log.: 30 - 45 min (s matkou)	Klinický log.: 30 - 45 min (s matkou)	Klinický log.: 30 - 45 min (s matkou i samostatně)	Klinický log.: 30 - 45 min (s matkou i samostatně)
		Logoped IC - nezjištěno	Logoped SPC: 15 - 20 min bez matky	Logoped SPC: 15 - 20 min bez matky SPC (AAK): 45 min.	Logoped SPC: 15 - 20 min bez matky

Tabulka č. 35: Hodnocení vyplývající z diskuse

Hodnocené oblasti	Analýza - poskytnuté péče se zaměřením na logopedickou intervenci	Kde hledat		
		Strana	Schéma, tabulka	Kapitola
Včasnost dg. a následné péče - obecné	Adekvátní	64 - 70	Tab. 3 -7	7. 4.
Včasnost logopedické péče	Neadekvátní	84 - 109	Sch. 5, tab. 15	8. 3.
Komplexnost (typu terapii)	Přiměřená	73 - 109		8
Koordinovanost (typu terapii)	Spíše neadekvátní	73 - 109		8
Koordinovanost logopedické péče	Neadekvátní	73 - 109		8
Rozsah péče	Kolisavý	73 - 109	Sch. 7 - 14, tab. 17 - 33	8
Frekvence logopedické péče	Nedostatečná, nejasná období IC	73 - 109	Tab. 15	8
Podpora rodiny (matky) logopedem	Neadekvátní	112	-----	-----
Kvalifikovanost logopeda IC	Nelze zjistit	-----	-----	-----
Kvalifikovanost logopeda (klinický, SPC)	Ano	-----	-----	-----

Závěr

Závěrem bych ráda shrnula celou práci, jež má přinést ucelený pohled na problémy, s nimiž se musí potýkat znevýhodněný jedinec společně se svou rodinou. Teoretická část vznikla na základě prostudované literatury. Práce s teoretickými východisky ukázala, že literatura k problematice kombinovaného postižení není v našich podmínkách zastoupena ve všech oblastech rozpracována podrobně a aktuálně. V každé oblasti (dominantní postižení) je nabídka literatury poměrně početná a rozsáhlá, ale soustředíme-li se na jednu položku/dovednost (komunikaci a řeč), tak již nalezneme omezené množství publikací. Z této nabídky je potom poměrně velká část věnovaná popisu potíží, ale mnohem méně terapii v různých obdobích a etapách. Za nedostatečné považujeme rozpracování východisek postupů při řečové stimulaci vývojové dysartrie, motorické a svalové stimulaci. V případě kombinovaného postižení je nabídka literatury ještě limitovanější, kdy v oblasti terapie najdeme jen obecná doporučení.

Katamnestickým šetřením byla vyhodnocována jedna položka z komplexní péče. Protože sledované období je relativně dlouhé (17 let), je pochopitelně obtížné dohledávat některou dokumentaci, neboť povinnost archivace není tak dlouhá. Druhým ztěžujícím faktorem je doba, ve které chlapec vyrůstal (kontext zavádění nových speciálně pedagogických logopedických metod, novým proškolením apod.). I přes tyto překážky jsem mohla hlouběji nahlédnout do dané problematiky a pokusit se ji předložit v její skutečné podobě. Ze zjištěných skutečností vyplývá problematika koordinace v zajištění komplexní péče (dodržování kompetencí), ale také meziřesortní spolupráce logopedů. Zjištěná data svědčí o nesystematičnosti rozsahu poskytované logopedické péče. Uvedené katamnestické šetření může pomoci následujícím odborníkům: **zdravotnickým** - doporučení k logopedické péči nabízet a zprostředkovávat bez prodlení, **logopedům** - rozšířit metody práce pro raný věk (stimulace preverbálních aktivit, přelom preverbálního a verbálního období, vedení rodičů), edukace logopedů pro diagnostiku a terapii pro klienty s kombinovaným postižením, **zajištění logopedické péče ve speciálních (předškolních) zařízeních** - legislativa, zabezpečení základních komunikačních potřeb dítěte – když nereaguje

na nabídku- metodická doporučení, *osvěta* v podobě letáků či stránek, zprostředkování internetových stránek

Katamnestické šetření je velmi obtížné provádět z důvodů nedohledatelných záznamů, různorodosti a subjektivity zpětného vnímání určitých okamžiků a rozhodnutí. Na druhou stranu je nápomocné právě pro zhodnocení následnosti rozhodnutí, výběr daného postupu z možné nabídky, zejména efektivitu speciální péče. Právě ucelenost pohledu na vývoj dítěte s postižením s ohledem na terapii v čase je možným zdrojem vzdělávání a informací specialistů a speciálních pedagogů. Takto zmapovaných katamnestických šetření obecně, natož v případě kombinovaných postižení není v literatuře příliš mnoho.

Summary

Tato diplomová práce byla zaměřena na podrobný rozbor a zhodnocení logopedické péče jedince s kombinovaným postižením. Teoretická část vznikla na základě prostudované literatury, jež se obecně týkala symptomatologie a diagnostiky. Detailnější pohled směřoval do oblasti terapeutických postupů v oblasti řeči a komunikace. Katamnestické šetření, jako součást praktické části, umožnilo důkladnější pohled do různých etap a období vývoje jedince v souvislosti s logopedickou terapií. Následně došlo k vyhodnocení získaných poznatků s výsledkem nekoordinovaného a nekomplexního přístupu v oblasti logopedického působení, přičemž nedošlo k řešení nejen komunikace, ale především primárních funkcí (nejnižší úroveň základní logopedické péče).

Použitá literatura

BALÁŽ, J. a kol.: Komunikačné problémy detí s vícerými chybami. 1. vydanie, Bratislava: SPN 1980

BOUDZIO, M., VATERA, W.: Od prvního hlasu k prvním slovům. Praha: TECH – MARKET 1996, ISBN 80-902134-0-5

ČERNÁ, M. a kol.: Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. 1. vydání, Praha: Univerzita Karlova 2008, ISBN 978-80-246-1565-3

ČERNÁ, M. a kol.: Kapitoly z psychopedie. Praha: Univerzita Karlova 1995, ISBN 80-7066-899-7

DOLEJŠÍ, M.: K otázkám psychologie mentální retardace. 3. vydání, Praha: Avicenum 1983

DVOŘÁK, J.: Logopedický slovník – terminologický a výkladový. 1. vydání, Žďár nad Sázavou: 1998

EISOVÁ, A.: Péče o děti s kombinovanými vadami. 1. vydání, Praha: Univerzita Karlova 1982

FRANIOK, P.: Vzdělávání osob s mentálním postižením. 3. vydání, Ostrava: Ostravská univerzita 2008, ISBN 978-80-7368-622-2

HARTL, P.: Psychologický slovník. 3. vydání, Praha: Budka 1996, ISBN 80-901549-0-5

JANKOVSKÝ, J.: Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 1. vydání, Praha: TRITON 2001, ISBN 80-7254-192-7

KÁBELE, F.: Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou. 1. vydání, Praha: Univerzita Karlova 1988

KLENKOVÁ, J.: Logopedie. 1. vydání, Praha: Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1110-9

KNAPCOVÁ, M.: Výměnný obrázkový komunikační systém. Speciální pedagogika, Praha: Univerzita Karlova 2003, roč. 13, č. 3, s. 199 – 203, ISSN 1211-2720

KOLEKTIV AUTORŮ: Česká logopedie 1986. Praha: Česká logopedická společnost 1987

KRAHULCOVÁ, B.: Komunikace sluchově postižených. 2. vydání, Praha: Univerzita Karlova 2003, ISBN 80-246-0329-2

KRAUS, J.: Diferenciální diagnostika DMO – možnosti pomocných vyšetření. 1. Janskolázeňské symposium DMO, Sborník abstrakt, Jánské Lázně: 11. – 13. 1. 2007, s. 8

KUBOVÁ, L.: Alternativní komunikace – cesta ke vzdělávání těžce postižených dětí. Praha: TECH – MARKET 1996, ISBN 80-902134-1-3

KUBOVÁ, L.: Piktogramy. Praha: TECH – MARKET 1997, ISBN 80-86114-00-7

KUBOVÁ, L., PAVELOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, I.: Znak do řeči. Praha: TECH – MARKET 1999, ISBN 80-86114-23-6

LEČBYCH, M.: Mentální retardace v dospívání a mladém dospělosti. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého 2008, ISBN 978-80-244-2071-4

LECHTA, V. a kol.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vydání, Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-801-5

LECHTA, V. a kol.: Terapie narušené komunikační schopnosti. 1. vydání, Praha: Portál 2005, ISBN 80-7178-961-5

LECHTA, V.: Symptomatické poruchy řeči u dětí. 2. vydání, Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-433-5

LINKA, A.: Kapitoly z muzikoterapie. 1. vydání, Rosice u Brna: Gloria 1997, ISBN 80-901834-4-1

LUDÍKOVÁ, L.: Kombinované vady. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého 2005, ISBN 80-244-1154-7

MATĚJČEK, Z.: Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 2. rozšířené vydání, Praha: H&H 1992, ISBN 80-85467-42-9

MATĚJČEK, Z.: Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením. 2. upravené vydání. Praha: Státní zdravotní ústav 2000, ISBN 80-7071-147-7

MATULAY, K. a kol.: Mentálna retardácia. 1. vydanie, Martin: Osveta 1986

ORTH, H.: Dítě ve Vojtově terapii. 1. vydání, České Budějovice: KOPP 2009, ISBN 978-80-7232-378-4

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M.: Terapie ve speciálně pedagogické péči. 2. rozšířené vydání, Brno: Paido 2001, ISBN 80-7315-010-7

PIPEKOVÁ, J.: Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido 2006, ISBN 80-7315-120-0

SOVÁK, M.: Logopedie. 1. vydání, Praha: SPN 1978

SOVÁK, M.: Logopedie – metodika a didaktika. 1. vydání, Praha: SPN 1984

SOVÁK, M.: Logopedie předškolního věku. 1. vydání, Praha: SPN 1984

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol.: Klinická logopedie. 2. aktualizované vydání, Praha: Portál 2007, ISBN 978-80-7367-340-6

ŠTĚRBOVÁ, D.: Hluchoslepota – lidé kolem ní, 2. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého 2006, ISBN 80-244-1433-3

ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace. 3. přepracované vydání, Praha: Portál 2006, ISBN 80-7367-060-7

VALENTA, J.: Manuál k tréninku řeči lidského těla – didaktika neverbální komunikace. 1. vydání, Kladno: občanské sdružení AISIS 2004, ISBN 80-239-2575-X

VALENTA, M., MÜLLER, O.: Psychopedie – teoretické základy a metodika. 3. doplněné a upravené vydání, Praha: PARTA 2007, ISBN 978-80-7320-099-2

VOTAVA, J.: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vydání, Praha: Univerzita Karlova 2005, ISBN 80-246-0708-5

[online].[cit.2010-03-01]. Dostupné na <http://kdho.fnmotol.cz/rodiceapacienti>, staženo v 16.00 hod.

[online].[cit.2010-03-01]. Dostupné na <http://www.isrt.cz/?page=srt>, staženo v 18.00 hod.

[online].[cit.2010-03-01]. Dostupné na <http://www.maxim-zdr.cz//odborna-spoluprace/bobathova-metoda/>, staženo v 18.00 hod.

Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Pohádka o jazýčku: 1998/1999, využívána v péči logopeda IC.

Příloha č. 2 – První činnosti: 2001/9 let, CAAK – speciální pedagog (logoped)

Příloha č. 3 – Potraviny: 2001/9 let, využíváno a vyrobeno matkou

Příloha č. 4 – Slovesa: 2001/9 let, CAAK, učitel SŠ, ZŠ A MŠ Chotouňská

Příloha č. 5 – Přídavná jména: 2001/9 let, CAAK, učitel SŠ, ZŠ A MŠ Chotouňská

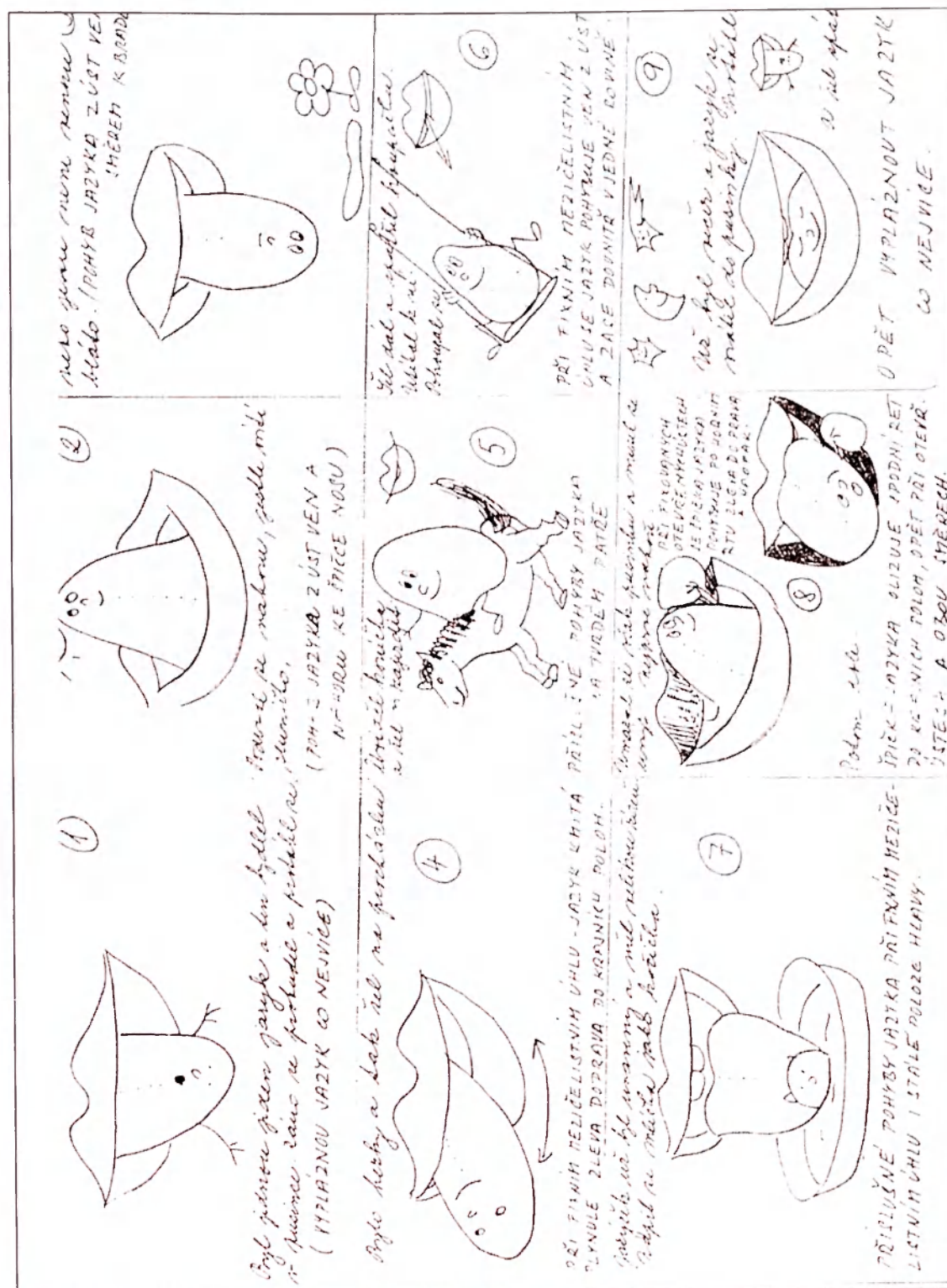
Příloha č. 6 – Grafomotorika: 2002/10 let, CAAK – speciální pedagog (logoped)

Příloha č. 7 – Činnosti u prarodičů: 2003/11 let, CAAK – speciální pedagog (logoped), matka - využíváno při společné práci s prarodiči

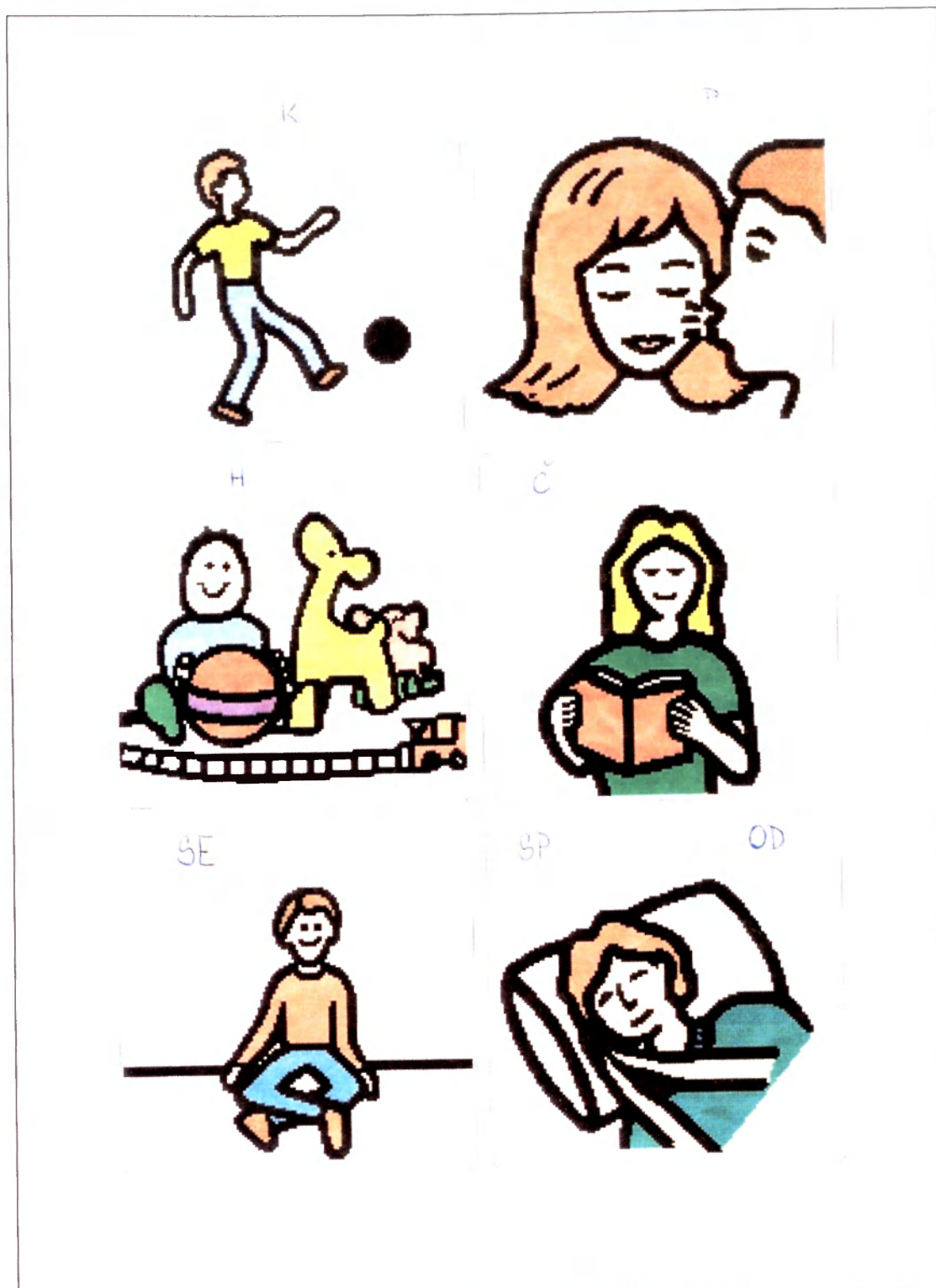
Příloha č. 8 – Strukturní plán činností: 2003/11 let, vyrobeno matkou – využíváno ve škole, vytvořeno na žádost vyučujícího

Příloha č. 9 – Globální čtení: 2004/12 let, CAAK – speciální pedagog (logoped)

Příloha č. 1: Pohádka o jazýčku



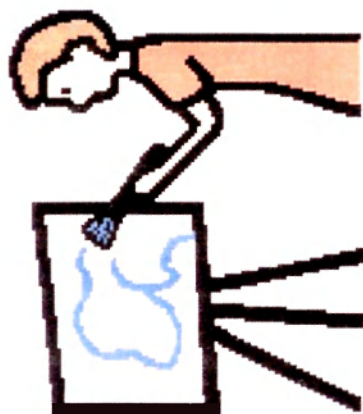
Příloha č. 2: První činnosti



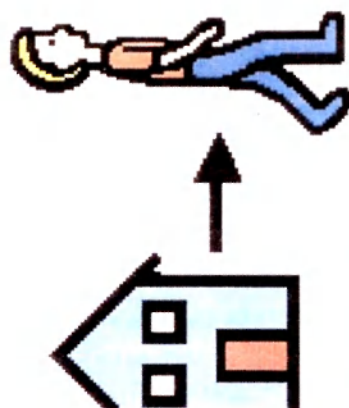
Příloha č. 3: Potraviny



MALOVAT



JÍT VEN



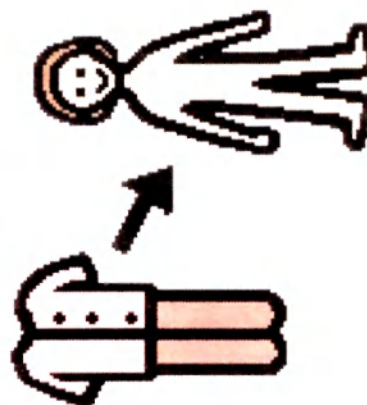
JÍST



UKÁZAT

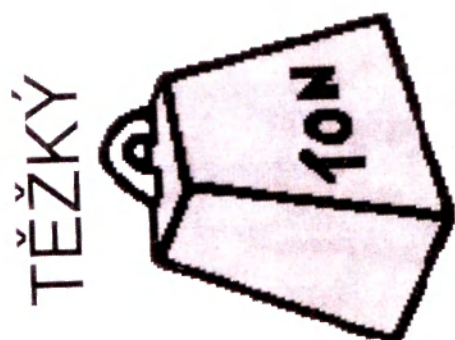


OBLÉKAT SE

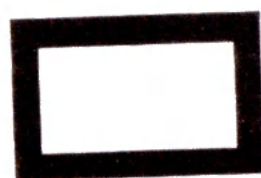


OBOUT SE

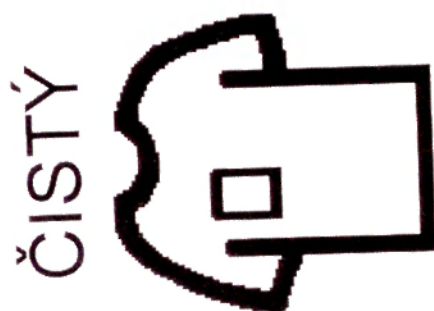
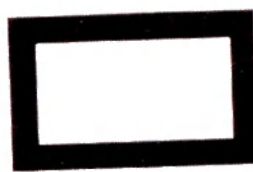




NAHOŘE



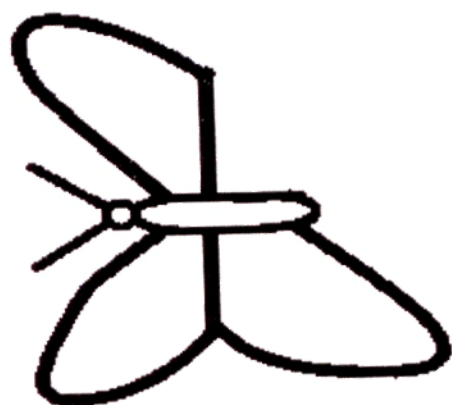
DOLE



LEHKÝ



Příloha č. 6: Grafomotorika



PRÁZDNINY

JÍT DO LESA



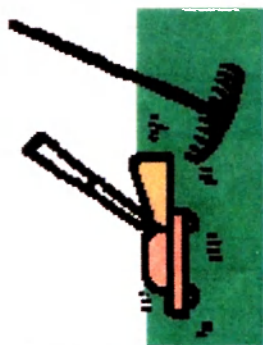
KRMIT PSA



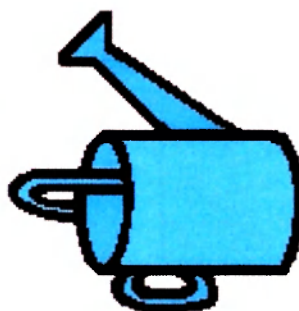
KRMIT KRÁVU



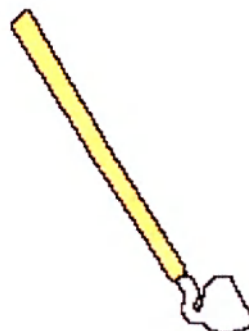
PRACOVAT NA ZAHRADĚ



KONEV



MOTYČKA




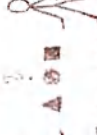














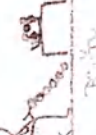




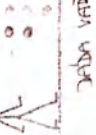




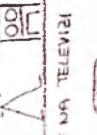








LOPATKA



HRABAT



Příloha č. 8. Strukturní plán činností

	 ŠKOLA	 R?	 TOČTY	 1 2 3	 MÁMOU NAKUPUJE
ÚTERÝ	 ŠKOLA	 TV	 TV	 AI	 STACIONARU
STŘEDA	 ŠKOLA	 TV	 LOGOPEDIE	 HAY	 STACIONARU
ČTVRTEK	 ŠKOLA	 TV	 PŘÍRODOPIS	 HAY	 JEDEME K JADUCE
PÁTEK	 ŠKOLA	 TOČTY	 PSANÍ	 EUV	 JEDEME K JADUCE
	 DVA SE NA TELEVIZI	 DVA VARI	 VÍ SE	 JEDEME K JADUCE	 JEDEME K JADUCE
NEDELE	 DVA SE NA TELEVIZI	 DVA VARI	 VÍ SE	 JEDEME K JADUCE	 JEDEME K JADUCE

